



GUÍA OPERATIVA:

JULIO DE 2021

ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA



Reconocimientos

Esta guía ha sido elaborada por la organización Emergency Nutrition Network (ENN, Red de Nutrición en Emergencias) en colaboración con el Infant and Young Child Feeding in Emergencies (IFE) Core Group (Grupo Central para la Alimentación de Lactantes y Niños/as Pequeños/as en Emergencias), en adelante, IFE Core Group. Isabelle Modigell (investigadora principal) y la doctora Linda Shaker Berbari (investigadora) fueron las consultoras de ENN responsables de la elaboración del contenido, supervisado por Marie McGrath (directora técnica de ENN).

El IFE Core Group elaboró esta guía por encargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para apoyar la implementación de las directrices *Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices* (Asesoramiento para mejorar las prácticas de lactancia materna), publicada por la OMS en 2019, y la guía de implementación relacionada, en desarrollo, para la aplicación en situaciones de emergencia.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a los miembros del Grupo de Revisión Externa por Especialistas del IFE Core Group por la asistencia técnica que nos han brindado: Alessandro Iellamo (Save the Children), Dra. Aunchalee Palmquist, consultora de lactancia materna certificada, IBCLC (University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina Global Breastfeeding Institute), Brooke Bauer (equipo de apoyo de la Alianza Técnica del Clúster Global de Nutrición), Christine Fernandes (Save the Children), Deborah Wilson (PMA), Dra. Karleen Gribble (Western Sydney University), Lourdes M. Santaballa Mora, consultora de lactancia materna certificada, IBCLC (Alimentación Segura Infantil), Maryse Arendt, consultora de lactancia materna certificada, IBCLC (IBFAN, Red Internacional de Grupos de pro Alimentación) y Rose Ndolo (World Vision).

Nos gustaría expresar nuestra gratitud hacia los/as especialistas y profesionales del ámbito sanitario que participaron en las entrevistas en las que se basa esta guía y que compartieron estudios de casos: Alice Burrell (Save the Children), Dr. Ruhul Amin (Save the Children), Anne Marie Brennan (independiente), Abdul Mazid Azad (Save the Children), Didi Lee (AMURTEL Greece), Getinet Amenu (World Vision), Alemshet Aschalew (World Vision), Hana Rabadi (World Vision), Ma. Inés Av. Fernández (Arugaan), Juliet Nduta Ngugi (Nutrition International), Kate Golden (Concern Worldwide), Dra. Magdalena Whoolery (independiente), Md. Fhimuzzaman (World Vision), Michelle Pensa Branco, consultora de lactancia materna certificada (SafelyFed Canada), Millicent Kavosa Lusigi (ACNUR, antes en CARE), Mjabuli Jamela (World Vision), Dr. Mohammad Aleisa (Syrian American Medical Society), Pressila Derjany (IOCC), Rose Ndolo (World Vision), Sisay Tadesse (PLAN International), Dra. Sherin Al Amo (Bahar), Sura Alsamman (Save the Children), Suzanne Mboya (ECHO) y Thea Bohol (independiente).

Agradecemos a Kate Murphy (Comité Internacional de Rescate) sus aportaciones para garantizar que el presente documento incluyese aspectos clave del desarrollo en la primera infancia (DPI) y a la doctora Justine Leach (Resilient Birth) su orientación en relación con la atención centrada en el trauma.

Apreciamos la colaboración de la Dra. Melissa Theurich, consultora de lactancia materna certificada, IBCLC (consultora de UNICEF), Fatmata Fatima Sesay (UNICEF) y Grainne Moloney (UNICEF) para ayudarnos a garantizar la coherencia entre el presente documento y la guía de implementación, en desarrollo, orientada a contextos de no emergencia.

También nos gustaría agradecer a los miembros del IFE Core Group sus contribuciones, en particular los estudios de casos.

Por último, damos las gracias a la OMS y a Irish Aid, que han financiado la elaboración de esta guía por parte de ENN.

Cita recomendada: ENN, IFE Core Group (2021).

Guía operativa: asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia

ÍNDICE

Siglas	6
1. ANTECEDENTES	7
2. INTRODUCCIÓN	8
3. ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	9
3.1 QUÉ ES (Y QUÉ NO ES) EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	9
3.2 PRINCIPALES PUNTOS DE ENTRADA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	10
4. PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	13
4.1 DESTINATARIOS/AS DEL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	14
4.2 PROGRAMACIÓN Y FRECUENCIA DEL ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	24
4.3 MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	28
4.4 ASESORAMIENTO ANTICIPATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	31
5. CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA	39
5.1 PERSONAS ENCARGADAS DE LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	39
5.2 COMPETENCIAS PARA EL ASESORAMIENTO	44
5.3 EVALUACIÓN Y MAPEO DE LAS CAPACIDADES	50
5.4 PLANIFICACIÓN DEL REFUERZO DE CAPACIDADES	51
5.5 MATERIALES DE APOYO	54
5.6 QUÉ HACER CUANDO NO HAY CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA	55
6. RECURSOS CLAVE	56
Glosario	58
Notas finales	61
Anexos	
Anexo A: evaluación rápida simple	66
Anexo B: formulario para la evaluación completa de la ALNP: de 0 a 23 meses	67
Anexo C: estrategias para superar los obstáculos que dificultan el asesoramiento remoto sobre lactancia materna	72
Notas	74

Lista de cuadros

<i>Cuadro 1</i>	Principales recomendaciones para el asesoramiento sobre lactancia materna tanto en contextos de emergencia como de no emergencia	13
<i>Cuadro 2</i>	Estrategias para superar los desafíos más habituales que enfrenta el asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia	15
<i>Cuadro 3</i>	Consideraciones clave para los sistemas de remisión en contextos de emergencia	24
<i>Cuadro 4</i>	Programación y frecuencia del asesoramiento por grupo prioritario	26
<i>Cuadro 5</i>	Posibles desafíos a los que se enfrentan las personas cuidadoras en situaciones de emergencia y repercusiones potenciales sobre la lactancia materna	33
<i>Cuadro 6</i>	Competencias para el asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia	45

Lista de estudios de casos

<i>Estudio de caso 1</i>	Asesoramiento a una madre lactante durante una respuesta de emergencia	10
<i>Estudio de caso 2</i>	El asesoramiento dentro de la programación MAMI	12
<i>Estudio de caso 3</i>	Asesoramiento integrado en la programación del desarrollo en la primera infancia	12
<i>Estudio de caso 4</i>	Asesoramiento orientado a hombres	14
<i>Estudio de caso 5</i>	Apoyo de la comunidad para ampliar el alcance	20
<i>Estudio de caso 6</i>	Equipos sanitarios móviles para ampliar el alcance	20
<i>Estudio de caso 7</i>	Detección sistemática de las necesidades de asesoramiento utilizando una evaluación rápida simple	23
<i>Estudio de caso 8</i>	Aumento de la frecuencia de contacto mediante visitas a los hogares	25
<i>Estudio de caso 9</i>	Asesoramiento durante desplazamientos masivos	27
<i>Estudio de caso 10</i>	Asesoramiento perinatal	28
<i>Estudio de caso 11</i>	Asesoramiento en grupo mixto	29
<i>Estudio de caso 12</i>	Apoyo remoto a la lactancia materna	31
<i>Estudio de caso 13</i>	Experiencias de lactancia materna durante una emergencia de salud pública	38
<i>Estudio de caso 14</i>	Asesoramiento sobre lactancia materna desde una perspectiva psicosocial	39
<i>Estudio de caso 15</i>	Apoyo a la ALNP en el marco de la enfermedad por el virus del Ébola	49
<i>Estudio de caso 16</i>	Capacitación en cascada	52
<i>Estudio de caso 17</i>	Supervisión constructiva	53
<i>Estudio de caso 18</i>	Monitoreo remoto y supervisión constructiva	54
<i>Estudio de caso 19</i>	Adaptación de las tarjetas de asesoramiento	55
<i>Estudio de caso 20</i>	Asesoramiento domiciliario para madres refugiadas con un bajo grado de alfabetización	55

Lista de figuras

<i>Figura 1</i>	Priorización del asesoramiento, por categoría	21
<i>Figura 2</i>	Posibles personas encargadas de la prestación de asesoramiento: funciones y responsabilidades	40
<i>Figura 3</i>	Ejemplo de sistema de tres niveles para la prestación de asesoramiento y apoyo a distintas escalas	43
<i>Figura 4</i>	Ejemplo de enfoque múltiple para abordar la atención centrada en el trauma	48

Lista de recuadros

<i>Recuadro 1</i>	Principios rectores	9
<i>Recuadro 2</i>	Vía de Atención MAMI	11
<i>Recuadro 3</i>	Mensajes clave relativos a cómo reconocer a las madres y personas cuidadoras que necesitan asesoramiento sobre lactancia materna y cómo ofrecérselo	20
<i>Recuadro 4</i>	Mensajes clave relativos a la programación y la frecuencia del asesoramiento sobre lactancia materna	28
<i>Recuadro 5</i>	Ejemplos de opciones tecnológicas para el asesoramiento remoto	29
<i>Recuadro 6</i>	Consideraciones programáticas para anticiparse a los obstáculos que pueden dificultar la lactancia materna en situaciones de emergencia	32
<i>Recuadro 7</i>	Consideraciones programáticas: servicios integrados de asesoramiento y SMAPS	38
<i>Recuadro 8</i>	Cualidades deseables en el personal asesor	41
<i>Recuadro 9</i>	Puntos importantes que se deben tratar en la capacitación	50
<i>Recuadro 10</i>	Consideraciones clave para la capacitación en situaciones de emergencia	52

Siglas

ACNUR	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AIEPI	Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia
ALM	asesoramiento sobre lactancia materna
ALNP	alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as
ALNP-E	alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia
BPN	bajo peso al nacer
CMAM	manejo comunitario de la desnutrición aguda (por sus siglas en inglés)
DPI	desarrollo en la primera infancia
EE	evaluación exhaustiva
ENN	Red de Nutrición en Emergencias (por sus siglas en inglés)
ERS	evaluación rápida simple
ICCM	atención comunitaria integrada (por sus siglas en inglés)
IEC	Información, Educación y Comunicación
IG-BFC	<i>Implementation Guidance on Counselling to Improve Breastfeeding Practices</i> (Guía de implementación en materia de asesoramiento para mejorar las prácticas de lactancia materna)
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
MAMI	atención a lactantes menores de seis meses pequeños y en riesgo nutricional y sus madres (por sus siglas en inglés)
MSALUD	salud móvil
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (por sus siglas en inglés)
OG-BFC/E	Guía operativa en materia de asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia
OG-IFE	Guía operativa en materia de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PAP	primeros auxilios psicológicos
PB	perímetro braquial
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PSIM	paquete de servicios iniciales mínimos
PTMI	prevención de la transmisión maternoinfantil
SLM	sucedáneo de la leche materna
SMAPS	salud mental y apoyo psicosocial
VG	violencia de género
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
VSG	violencia sexual y de género
WASH	agua, saneamiento e higiene (por sus siglas en inglés)

En el [GLOSARIO](#) se incluye una lista de términos y definiciones.

1. ANTECEDENTES

Alcance y propósito

En 2018, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las directrices *Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices* (Asesoramiento para mejorar las prácticas de lactancia materna), que incluía recomendaciones y mejores prácticas orientadas al asesoramiento sobre lactancia materna. Las directrices se complementan con la guía de implementación en materia de asesoramiento para mejorar las prácticas de lactancia materna de la OMS y UNICEF (2021), titulada *Implementation Guidance on Counselling to Improve Breastfeeding Practices* (IG-BFC), que explica cómo poner en práctica las recomendaciones. En una reunión convocada por la OMS en noviembre de 2019, se señaló que, debido a las dificultades singulares del trabajo en situaciones de emergencia, era necesario contar con una guía independiente y específica.

La presente *Guía operativa en materia de asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia (OG-BFC/E)* es un documento pragmático que recoge las consideraciones clave y las posibles adaptaciones necesarias para aplicar las directrices de la OMS de 2018 en un contexto de emergencia. Esta guía está destinada a responsables de políticas y otras personas a cargo de la toma de decisiones y la elaboración de programas que trabajan en situaciones de emergencia (tanto del ámbito local/nacional como en situaciones de emergencia humanitaria), en particular gobiernos, agencias de las Naciones Unidas (ONU) y organizaciones no gubernamentales (ONG) nacionales e internacionales, así como donantes, grupos de voluntarios/as y prestadores de servicios de atención a mujeres embarazadas y familias con lactantes y niños/as pequeños/as.

En este documento, se reconoce que una parte importante del asesoramiento debe centrarse en responder a cómo y cuándo introducir alimentos complementarios sin interrumpir la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y en la posterior continuación de la lactancia materna. Se reafirma la vital importancia de garantizar, en situaciones de emergencia, el acceso a la cantidad adecuada de alimentos complementarios convenientes y seguros, así como al apoyo que sea necesario. Sin embargo, en este documento no se aborda específicamente el asesoramiento en materia de alimentación complementaria.

Proceso de elaboración

Para la elaboración de la presente guía, se utilizó un enfoque estructurado que combina 1) entrevistas con informantes clave, con experiencia y conocimientos especializados en materia de asesoramiento sobre lactancia materna en contextos de emergencia, 2) estudios de casos relativos a intervenciones de asesoramiento sobre lactancia materna en contextos de emergencia y 3) un examen documental de literatura gris y publicaciones con revisión científica externa. Se identificaron aciertos, desafíos y carencias, además de compromisos, adaptaciones y recursos necesarios para ejecutar intervenciones de asesoramiento en contextos de emergencia. La redacción de este documento contó con la orientación de un comité de expertos/as compuesto por miembros del IFE Core Group y se basó en las directrices de la OMS *Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices* (Asesoramiento para mejorar las prácticas de lactancia materna) e *Improving Early Childhood Development* (Mejora del desarrollo en la primera infancia)¹. La guía se considera un suplemento a la publicación IG-BFC de la OMS y UNICEF (2021).

Cómo utilizar esta guía

La guía se divide en tres apartados principales. En el primer apartado, **ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA**, se aborda el concepto de asesoramiento sobre lactancia materna y se analizan los puntos de entrada para recibirla. En el segundo apartado, **PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**, se trata la aplicación de las cinco recomendaciones de la OMS en contextos de emergencia, que incluyen aspectos como **a quién dar prioridad** en la prestación de servicios de asesoramiento y **cuándo, con qué frecuencia y cómo** prestarlos. En cada recomendación, empiece por consultar el apartado “Desafíos y soluciones” y reflexione sobre los desafíos que puede encarar en su contexto y las posibles soluciones a su alcance. Si no hay soluciones viables, pase al apartado “Adaptaciones y compromisos”. En el tercer apartado, **CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**, se proporcionan directrices relativas a la recomendación de la OMS sobre **quién puede prestar servicios de asesoramiento y cómo poner en marcha los servicios de asesoramiento** tras asegurarse de contar con la capacidad suficiente. Consulte la publicación IG-BFC para obtener una orientación aplicable en contextos de emergencia y de no emergencia, así como un análisis más pormenorizado en torno a promoción y política, planificación del servicio, coordinación, liderazgo, monitoreo y evaluación, poblaciones especiales y preparación para situaciones de emergencia.

2. INTRODUCCIÓN

Una **emergencia** es un evento o una sucesión de eventos que representan una amenaza crítica para la salud, la seguridad o el bienestar de una comunidad o de otros grandes grupos de personas, normalmente en una zona extensaⁱ. Las emergencias pueden ser **desastres naturales** (como seísmos, sequías o epidemias) o **desastres antropogénicos** (como guerras civiles, explosiones o catástrofes nucleares), **repentinas** o **de aparición lenta**, y **de corta duración** o **prolongadas**. Anderson y Gerber (2018) describen una emergencia como un episodio lo suficientemente perturbador como para afectar al funcionamiento normal de una comunidad (sea un pueblo o un país) y lo bastante significativo como para que la comunidad afectada no pueda afrontar las repercusiones utilizando sus propios recursos. En los países de mayor desarrollo, el apoyo suele proceder de organizaciones locales o nacionales (**emergencia local/nacional**). Si se necesita apoyo internacional (asistencia humanitaria) para satisfacer las necesidades básicas de la población, estamos ante una **emergencia humanitaria**ⁱⁱ.

Las repercusiones de una emergencia dependen del carácter del evento y del grado de preparación y vulnerabilidad de la población. Las emergencias suelen caracterizarse por el sufrimiento humano, la pérdida de vidas y el deterioro de las condiciones de vida. Se pueden producir movimientos o desplazamientos masivos de población, lo que supone un aumento del riesgo de separación familiar. La infraestructura de salud pública puede quedar destruida y los servicios y sistemas sanitarios, interrumpidos, en parte debido a que el personal sanitario —también el que se suele ocupar del asesoramiento sobre lactancia materna— se puede ver afectado. Es frecuente que las redes comunitarias y de apoyo familiar se alteren. El apoyo para la lactancia materna y, en particular, el asesoramiento, puede quedar por tanto muy limitado, dejar de ser accesible o interrumpirse^{1-iv}. La acumulación de factores estresantes y la mayor exposición a experiencias traumatizantes, incluida la violencia de género (VG), suelen ser la causa de un empeoramiento de la salud mental y el bienestar psicosocial, lo que afecta a la capacidad para proporcionar cuidados. Es posible que el acceso a alimentos, refugio, agua potable, saneamiento y atención médica sea muy limitado y que resulte imposible o muy difícil cubrir las necesidades básicas imprescindibles para evitar que los lactantes y niños/as pequeños/as sufran daños, enfermen e, incluso, fallezcan^v. Las posibles repercusiones de una emergencia sobre la lactancia materna se analizan con más detalles en el apartado 4.4: ASESORAMIENTO ANTICIPATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA.

Las mujeres y los/as niños/as y, en particular, las mujeres y adolescentes embarazadas, los lactantes y niños/as pequeños/as y las puérperas son poblaciones extremadamente vulnerables en situaciones de emergencia^{vi}. La lactancia materna proporciona a los/as niños/as hidratación, consuelo, vínculo, nutrición de buena calidad y protección contra las enfermedades, por lo que actúa como una defensa ante lo peor de las condiciones de emergencia. Algunas mujeres lactantes definen esta capacidad como empoderante y sanadora^{vii, viii}. La lactancia materna también tiene importantes consecuencias positivas en la salud mental de la madre, su salud física y su capacidad para cuidar^{ix, x, xi}, así como en el desarrollo a largo plazo del niño o niña y en su nivel educativo^{xii}. Los contextos de emergencia resaltan la importancia de la lactancia materna y agravan la morbilidad y los riesgos de muerte vinculados a su ausencia. Aun así, las emergencias suelen tener un impacto negativo sobre la práctica de la lactancia materna, que con frecuencia se ve menoscabada por el personal de respuesta a emergencias^{xiii, xiv} (véase el apartado 4.4: ASESORAMIENTO ANTICIPATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA).

La lactancia materna es un derecho humano^{xv}. Las mujeres y sus hijos/as tienen también derecho a recibir apoyo para poder lactar^{xvi}. El asesoramiento sobre lactancia materna es una intervención que puede salvar vidas, ya que contribuye a mitigar las repercusiones de una emergencia y a garantizar que la lactancia materna se inicie y tenga continuidad. Que la lactancia materna no se proteja en situaciones de emergencia puede conllevar consecuencias nefastas. Por lo tanto, prestar apoyo experto a la lactancia materna debe ser una **medida prioritaria** en situaciones de emergencia, como se indica en la *Carta Humanitaria y Normas Mínimas para la Respuesta Humanitaria del Proyecto Esfera*².

¹ Brown y Shenker (2020) señalaron que el 67% de las 1.219 madres primerizas encuestadas en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 consideraban que habían recibido menos apoyo para la lactancia durante las medidas de confinamiento que se tomaron en el país como respuesta a la pandemia. Se detectó un vínculo muy fuerte entre la percepción del apoyo y los hábitos de alimentación ($\chi^2 = 125,75$, $P = 0,000$).

² Para obtener más información sobre la importancia del asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia, consulte el informe que acompaña a esta publicación: IFE Core Group (2021). Brief: Breastfeeding Counselling in Emergencies.

RECUADRO 1 Principios rectores

- i. Proteger, promover y apoyar la lactancia materna es fundamental en contextos de emergencia, de acuerdo con las recomendaciones, normas y políticas internacionales. Planificar la prestación de asesoramiento sobre lactancia materna debe constituir una parte integral de los planes de preparación para situaciones de emergencia en el marco de la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP) y se debe incorporar a las evaluaciones formativas y las respuestas iniciales y sostenidas^{xvii}.
- ii. Todas las intervenciones deberían girar en torno al principio de “no hacer daño”, que exige a los agentes humanitarios que eviten exponer a las personas afectadas por emergencias a nuevos riesgos o que les provoquen cualquier tipo de padecimiento con su forma de actuar. El *Código Internacional de Comercialización de Sucesdneos de la Leche Materna y resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud*³ (“el Código Internacional de la OMS”) protege tanto a los bebés lactantes amamantados como a los no amamantados; por lo tanto, la estricta observancia del Código Internacional de la OMS (o su equivalente nacional, de haberlo) por parte de los agentes humanitarios es fundamental para prevenir posibles daños. Los programas de asesoramiento deben aplicar también una **estrategia centrada en el trauma** para evitar causar daños.
- iii. En el presente documento, se sugieren posibles adaptaciones de las recomendaciones de la OMS que pretenden orientar a quienes trabajan en circunstancias excepcionales, en reconocimiento de las complejidades que conllevan las intervenciones de asesoramiento sobre lactancia materna en contextos de emergencia. No obstante, una emergencia no justifica por sí sola la no observancia de las recomendaciones de la OMS; el personal de respuesta debe luchar por cumplir las recomendaciones en la medida de lo posible. La toma de decisiones sobre las adaptaciones que sean necesarias y las avenencias que sean aceptables debería basarse en análisis críticos realizados por el organismo de coordinación responsable de la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia (ALNP-E), el gobierno, UNICEF, la OMS y, si corresponde, el ACNUR, en colaboración con los/as prestadores/as de servicios y las comunidades afectadas, en particular, las madres^{xviii}. Las consecuencias y los riesgos asociados a tales decisiones deben servir de argumento para reclamar el acceso humanitario y los recursos suficientes para los programas de asesoramiento. Deberían efectuarse una supervisión y una evaluación adecuadas, para poder monitorear la respuesta, orientarla, fundamentarla y aprender de ella.

3. ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

3.1 QUÉ ES (Y QUÉ NO ES) EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

- El **asesoramiento sobre lactancia materna** es una interacción bidireccional entre un/a asesor/a con formación en lactancia materna y una o varias mujeres embarazadas, madres u otras personas cuidadoras de niños/as menores de dos años (normalmente). El proceso consiste en escuchar inquietudes, abordar distintas cuestiones, instruir en torno a la lactancia materna y observar y acompañar el proceso normal de lactancia materna y las dificultades que puede plantear. El propósito del asesoramiento sobre lactancia materna es empoderar a las mujeres para que la practiquen y fortalecer las prácticas de cuidados receptivos, respetando en todo momento su situación personal y su voluntad^{xix}.
- El asesoramiento sobre lactancia materna comprende el apoyo a la relactación, la alimentación con taza y el aumento de la producción de leche, medidas que se pueden poner en práctica con lactantes que reciben lactancia materna y con lactantes que reciben alimentación artificial, sea total o parcial. Las personas cuidadoras pueden pasar de la **alimentación artificial** a la lactancia materna o practicar ambas (alimentación combinada). Por lo tanto, el asesoramiento orientado a reducir los riesgos de la alimentación artificial y a garantizar que se realice de manera **higiénica y receptiva** no se debe interpretar como una cuestión independiente del asesoramiento sobre lactancia materna. En cualquier respuesta de emergencia, se debe prestar el apoyo adecuado a niños/as amamantados/as y no amamantados/as^{xx,xxi}.
- La expresión “asesoramiento sobre **alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as (ALNP)**” se utiliza con frecuencia en contextos de emergencia y de desarrollo. Se refiere al asesoramiento integral que engloba el asesoramiento sobre lactancia materna y, si corresponde, el asesoramiento sobre alimentación complementaria y alimentación artificial. En este documento, el uso del término *asesoramiento* se refiere al asesoramiento sobre lactancia materna y el asesoramiento sobre ALNP.

El asesoramiento en materia de ALNP incluye, como mínimo, asesoramiento sobre:

- Lactancia materna
- Alimentación complementaria
- Alimentación artificial

³ Puede consultar el Código Internacional de la OMS aquí: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241541601>

- El asesoramiento no es lo mismo que la formación básica en lactancia materna o la sensibilización y la divulgación de mensajes clave o genéricos. Una diferencia fundamental gira en torno a las *interacciones* de escucha, aprendizaje y desarrollo de destrezas que tienen lugar durante el asesoramiento, cuyo propósito es respaldar las decisiones que toma la persona que recibe el servicio^{xxii}.
- El asesoramiento puede ser presencial o remoto, este último sobre todo en situaciones de emergencia. El asesoramiento puede ser individual, pero también grupal, como, por ejemplo, en un grupo de apoyo entre pares (véase el apartado 4.3: MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA). Que una actividad en grupo se pueda clasificar o no como **asesoramiento en grupo** dependerá del estilo con el que se imparta (escucha y aprendizaje) y de la interacción y la participación de las personas participantes. Las sesiones estructuradas como charlas o clases deberían considerarse **formación en lactancia materna**, no asesoramiento en grupo.

ESTUDIO DE CASO 1 Asesoramiento a una madre lactante durante una respuesta de emergencia

Durante la crisis de las personas refugiadas en Europa, una madre, hablante de lingala y procedente de la República Democrática del Congo, y su bebé de cuatro meses llegaron al albergue para refugiados en el que opera CHEERing en Atenas. Carecía de hogar y no había recibido asistencia médica desde el parto. El bebé parecía estar enfermo, con síntomas como vómitos, diarrea y letargo. La madre decía que estaba alimentando al bebé con un preparado para lactantes, en lugar de leche materna, pero no entendía las instrucciones de uso del preparado (una donación procedente de España) y buscaba ayuda. Tenía un biberón sin desinfectar que contenía agua. La asesora entre pares de CHEERing, que también habla lingala, habló con la madre sobre alimentación. Dejó a la madre un momento y, al volver, estaba amamantando al bebé. La madre le explicó que creía que, dadas sus condiciones de vida y su mala alimentación, su leche no era lo bastante buena para alimentar al bebé. La asesora realizó una evaluación de la lactancia, también de la frecuencia. Aseguró a la madre que podía amamantar al

bebé y que su leche era la opción más sana y segura. Le explicó que dar al bebé otros tipos de leche lo haría más vulnerable a las infecciones y la diarrea, al contrario que la lactancia materna, que lo protegería. La semana siguiente, la asesora entre pares reforzó el aprendizaje y ofreció a la madre apoyo cada día, mientras iba aumentando paulatinamente la frecuencia de las tomas de lactancia materna y reduciendo la alimentación artificial. La madre también tenía acceso a un preparado para lactantes más seguro y a una correcta desinfección. Transcurrido menos de un mes, la madre practicaba la lactancia materna exclusiva. A los seis meses, continuaba con la lactancia materna e iba introduciendo alimentos complementarios. La salud del bebé mejoró en cuestión de días. Con el tiempo, su relación peso-edad mejoró, lo que indicaba que, a su llegada, estaba subalimentado. La aplicación de una estrategia fundamentada y adaptada a la cultura, apoyada en gran medida por una asesora entre pares capacitada, condujo a la lactancia materna exclusiva y a una diada madre-lactante más sana.

Fuente: CHEERing, Grecia. Comentario enviado por correo electrónico (2020)

3.2 PRINCIPALES PUNTOS DE ENTRADA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Las estructuras y servicios (puntos de entrada) a través de los que se puede acercar el asesoramiento a las personas afectadas por una emergencia depende, hasta cierto punto, del lugar donde se ofrecía el asesoramiento sobre lactancia materna antes de la crisis, de la medida en la que se hayan visto afectados los servicios y, si corresponde, de qué agrupaciones (grupos sectoriales), con sus correspondientes servicios, se hayan activado para dar respuesta a las necesidades de la población afectada por la emergencia.

Siempre que sea posible, es preferible integrar el asesoramiento sobre lactancia materna en estructuras y servicios ya existentes o planificados, en lugar de plantearlo como una intervención autónoma o vertical. Entre las ventajas potenciales del **enfoque integrado**⁴, se incluyen una mayor eficacia y eficiencia y un uso más rentable de los recursos^{xxiii, xxiv}. Al combinar los servicios en un paquete y en una ubicación, se facilita el acceso de los/as niños/as y las personas cuidadoras, se alivia la carga que soportan quienes cuidan y se refuerza la confianza. Para ello, se puede asignar a un/a asesor/a especializado/a en lactancia materna a una estructura o servicio, o bien capacitar a prestadores/as de servicios para que ofrezcan asesoramiento (véase el apartado 5: CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA).

⁴ Combinación intencionada de intervenciones de uno o varios sectores para mejorar los resultados de la asistencia humanitaria. Equipos formados por personal de todos los sectores implicados se encargan de diseñar, planificar y prestar los servicios.

A continuación, se enumeran una serie de pasos básicos que deben seguir los gobiernos, el sector de la nutrición y los organismos durante la planificación de los servicios:

1. **Localizar y mapear los servicios y estructuras de asesoramiento sobre lactancia materna preexistentes**⁵. Suelen formar parte del sistema sanitario y pueden incluir también servicios comunitarios, como grupos locales de apoyo para la lactancia materna.
2. **Determinar cómo se pueden restablecer o reforzar los servicios y estructuras de asesoramiento sobre lactancia materna preexistentes**. En la medida de lo posible, los servicios de respuesta de emergencia deben aprovechar los sistemas y los servicios de apoyo para la lactancia materna existentes y respaldar la recuperación a largo plazo. (Véase el apartado 5: CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA para obtener información sobre cómo determinar el grado de capacidad actual y cómo fortalecer la capacidad).
3. **Garantizar que el asesoramiento forme parte del paquete mínimo de servicios de salud y nutrición de emergencia**. Para ello, será necesario colaborar con los mecanismos de coordinación del ámbito sanitario y del nutricional, si están activos.
 - a. Como cuestión prioritaria, garantizar una capacidad de asesoramiento y una planificación de servicios adecuadas entre los proveedores del paquete de servicios iniciales mínimos (PSIM)⁶.
 - b. Determinar si se están detectando trastornos del crecimiento (bajo peso, emaciación, retraso del crecimiento) entre los lactantes de menos de seis meses. Fortalecer o integrar el apoyo experto a la lactancia materna en los servicios que atienden a estos lactantes y promover una vía de atención integral para brindar apoyo a los lactantes en mayor situación de riesgo y sus madres (véase el **recuadro 2**).
 - c. Señalar otros servicios de salud y nutrición, planificados y en curso, que forman parte de la respuesta de emergencia. Puede que sean distintos a los servicios de salud y nutrición ordinarios que se prestaban antes de la crisis, como los servicios de atención a la desnutrición aguda o a brotes de enfermedades contagiosas.

RECUADRO 2 Vía de Atención MAMI

La **Vía de Atención MAMI** es una estrategia centrada en un itinerario de atención integrado para la atención a bebés lactantes de menos de seis meses pequeños y en riesgo nutricional y sus madres. Es congruente con la implementación de las directrices de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y la ayuda. Incluye la detección sistemática y la valoración a través de los puntos de contacto existentes en el sistema de salud, el fortalecimiento de los servicios existentes de salud y nutrición para atender a la diada madre-lactante en ambulatorios y centros hospitalarios, la conexión con los servicios pertinentes a través de itinerarios de remisión, la vigilancia activa del crecimiento de lactantes pequeños/as y en riesgo nutricional y la evaluación de la salud y la nutrición de la madre, incluido el bienestar psíquico, y la prestación del apoyo necesario. El **Paquete de Vía de Atención MAMI** (previamente, herramienta C-MAMI) incluye un marco, guías de usuario, herramientas de evaluación y atención, una guía de adaptación y materiales de apoyo. De su elaboración y actualización se encarga la ENN, en cuanto que organismo coordinador de la Red Global MAMI.

Para obtener más información, visite <https://www.enonline.net/ourwork/research/mami>

Entre los posibles puntos de entrada para el asesoramiento⁷ en los servicios de **salud y nutrición**, se incluyen la **salud reproductiva**, incluidos los cuidados esenciales del recién nacido, la violencia sexual y de género (VSG), la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI), la planificación familiar^{xxv}, la atención prenatal^{xxvi} y la atención posnatal; la **salud infantil**, incluidos los servicios pediátricos que tratan a lactantes que presentan emaciación, los servicios de vacunación, los consultorios de puericultura, la atención comunitaria integrada^{xxvii}, la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) y la vigilancia del crecimiento; la **salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS)**; las **intervenciones de respuesta ante brotes de enfermedades contagiosas**, que incluyen atención clínica y manejo de casos, atención nutricional y apoyo a la alimentación de lactantes; la **salud comunitaria**; la **alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en emergencias (ALNP-E)**, y la **atención a la emaciación**, incluido el manejo comunitario de la desnutrición aguda (CMAM) y los servicios MAMI.

⁵ Herramienta: Save the Children, UNICEF y el Clúster Global de Nutrición (2020). ESAR IYCF-E Capacity Mapping and Assessment Toolkit. https://www.nutritioncluster.net/resource_IYCF-E_Capacity_Mapping_Assessment_Tool

⁶ El PSIM es un conjunto de actividades prioritarias destinadas a salvar vidas que se debe implantar al inicio de cada emergencia (en las primeras 48 horas, si es posible). Para evitar la morbilidad y la mortalidad, los servicios esenciales para todos los recién nacidos (atención neonatal esencial) incluyen el apoyo al contacto piel con piel, la lactancia materna inmediata y exclusiva y evitar el descarte del calostro.

⁷ Recuerde que son **posibles** puntos de entrada que tener en cuenta para la prestación de asesoramiento, no es necesario prestarlo en cada uno de los servicios en todas las respuestas. De todos modos, si estos servicios existen, deberían estar capacitados, como mínimo, para detectar las necesidades de asesoramiento y hacer remisiones.

4. **Integrar el asesoramiento en otros sectores y servicios humanitarios para aumentar el alcance y la cobertura.** Analizar qué servicios trabajan con mujeres y adolescentes embarazadas, madres y otras personas cuidadoras de lactantes y niños/as pequeños/as y están sensibilizados con respecto a los problemas a los que se enfrentan en situaciones de emergencia. Si bien proteger y apoyar la lactancia materna es responsabilidad de *todo* el personal de respuesta a emergencias de *todos* los sectores, es probable que los servicios de emergencia que trabajan sobre el terreno o tienen contacto frecuente con la población afectada por la emergencia (por ejemplo, servicios de asistencia alimentaria, espacios amigos de la infancia, campañas de vacunación, actividades de promoción de la higiene y recepción y registro) estén más preparados para *determinar* las necesidades en materia de asesoramiento y *hacer remisiones* que para brindar el asesoramiento propiamente dicho (véase el **estudio de caso 7**). **Los grupos de mujeres o comunitarios preexistentes** pueden actuar también como puntos de entrada eficaces para el asesoramiento (véase el **estudio de caso 5**).

Entre los posibles puntos de entrada, por sector, se incluyen los siguientes: servicios de **PROTECCIÓN (apoyo psicosocial y para la salud mental, servicios de VSG**, incluidos los espacios seguros para mujeres y niñas, **protección infantil**, incluido el manejo de casos) y **EDUCACIÓN (DPI, formación para madres adolescentes)**.

ESTUDIO DE CASO 2 El asesoramiento dentro de la programación MAMI

El campamento de personas refugiadas de Gambella, abierto desde 2014, aloja a 330.000 personas refugiadas sursudanesas en todo momento. GOAL presta servicios MAMI a lactantes menores de 6 meses pequeños y en riesgo nutricional y a sus madres en dos de los siete campamentos (Kule y Tierkidi), en el marco de un paquete más amplio de intervenciones preventivas y curativas en materia de nutrición. Las díadas madre-lactante en situación de riesgo son identificadas por personal sanitario comunitario que realiza una detección sistemática en la comunidad mediante una evaluación de los factores de riesgo antropométricos, médicos, nutricionales y maternos. En el marco de los servicios adaptados a la pandemia de COVID-19, se dio formación a 1.500 hogares con lactantes menores de 6 meses para realizar la medición del perímetro braquial. A la remisión al centro de salud, le sigue una evaluación detallada (que incluye la lactancia) para determinar la clasificación y la posterior inclusión, en función de la situación de riesgo de la díada madre-lactante. Las díadas madre-lactante de alto riesgo se remiten a atención hospitalaria y las díadas de riesgo moderado se remiten a atención ambulatoria MAMI. Tanto la atención ambulatoria

como la hospitalaria incluyen, todas las semanas, o a diario, si es necesario, servicios personalizados de asesoramiento, apoyo y monitoreo. Dichos servicios son responsabilidad del personal asesor en ALNP capacitado por MAMI y del personal de enfermería, que trabajan en espacios dedicados en exclusiva a la ALNP dentro de los centros sanitarios. El personal asesor presta apoyo personal y específico utilizando las herramientas para el asesoramiento de MAMI, que incluyen un manual de apoyo y vídeos de Global Health Media (véase el apartado Recursos clave) traducidos al nuer. La atención incluye también apoyo a la salud mental de las madres. El servicio se concibió utilizando criterios de “ingreso” y “alta”, pero se reconoce que sería más adecuado pasar a una estrategia de “inclusión” con un seguimiento mensual que se vaya moderando progresivamente cuando tanto la madre como el bebé salgan de la situación de riesgo. Las díadas madre-lactante solo reciben el alta cuando el bebé cumple los seis meses. Entre mayo de 2019 y octubre de 2020, 267 díadas madre-lactante fueron atendidas en el marco del programa MAMI de GOAL Etiopía.

Fuente: GOAL, Etiopía. Mensajes de correo electrónico (2020); más información: www.enonline.net/fex/62/goalexperiencesofmanagement

ESTUDIO DE CASO 3 Asesoramiento integrado en la programación del desarrollo en la primera infancia

World Vision aplica el modelo “Go Baby Go”, cuyo objetivo es empoderar a las familias con el conocimiento, las habilidades y la resiliencia necesarias para mejorar las prácticas de crianza en el plano doméstico. Mediante una estrategia integrada, se refuerza en las personas cuidadoras la conciencia de la interrelación entre la salud, la nutrición, la protección y el desarrollo. En 2017, World Vision empezó a implantar en la Ribera Occidental un programa que incorporaba asesoramiento sobre lactancia materna y DPI. Tras la inclusión de mujeres embarazadas al inicio del ciclo del proyecto, cada hogar recibe una vez al mes, como mínimo, la visita de personal sanitario comunitario que

presta asesoramiento sobre nutrición y DPI, además de apoyo psicosocial. El asesoramiento sobre lactancia materna forma parte de todas las visitas a los hogares. La frecuencia de las visitas aumenta cuando es necesario. Las personas cuidadoras también participan en sesiones en grupo interactivas en centros de atención primaria de salud. Por lo tanto, cada hogar participa en dos o tres actividades cada mes. Se realizó un ECA para evaluar los efectos derivados de integrar el asesoramiento sobre ALNP y el marco sobre el cuidado cariñoso y sensible para el DPI, cuyo resultado puso de manifiesto que la lactancia materna exclusiva había aumentado en un 30% en el grupo experimental.

Fuente: World Vision, Ribera Occidental (Palestina). Entrevista a un informante clave (2020)

4. PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Las características básicas del asesoramiento sobre lactancia en contextos de no emergencia y las posibles adaptaciones y compromisos en situaciones de emergencia aparecen resumidas en el cuadro 1, a continuación, y se pormenorizan a lo largo del presente documento.

Cuadro 1: principales recomendaciones para el asesoramiento sobre lactancia materna tanto en contextos de emergencia como de no emergencia

Destinatarios/as	Programación	Frecuencia	Modalidad	Prestador/a	Cualidades
Principales recomendaciones para brindar asesoramiento a las mujeres sobre cómo mejorar sus prácticas de lactancia⁸					
TODAS las mujeres embarazadas y mujeres con lactantes y niños/as pequeños/as	Embarazo Desde inmediatamente después del parto y hasta 2 o 3 días después Hasta 28 días después del parto (período neonatal) Primeros 3 o 4 meses de edad A los 6 meses de edad (inicio de la alimentación complementaria) Después de los 6 meses (lactantes mayores y primera infancia) A cualquier edad, según sea necesario	Al menos seis encuentros y los encuentros adicionales que sean necesarios	Asesoramiento presencial Es preferible el asesoramiento individual El asesoramiento en grupo resulta útil para complementar el asesoramiento individual El asesoramiento remoto puede ser un complemento, pero no un sustituto del asesoramiento presencial individual	Profesionales del ámbito sanitario <ul style="list-style-type: none"> Personal médico Personal de enfermería Comadronas Consultores/as de lactancia Paraprofesionales <ul style="list-style-type: none"> Asesoras entre pares Personal sanitario comunitario 	Centrado en las personas <ul style="list-style-type: none"> Sensible Culturalmente apropiado Centrado en el trauma Participativo Anticipativo Centrado en la calidad <ul style="list-style-type: none"> Oportuno Eficaz Igualitario
Adaptaciones de las principales recomendaciones para el asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia					
Priorización de quienes necesiten ayuda inmediata (grupo prioritario 1, por ejemplo, madres con problemas para amamantar, todos los recién nacidos, lactantes alimentados/as con SLM, lactantes enfermos/as o prematuros/as) y quienes corran mayor riesgo de desarrollar problemas con la lactancia materna (grupo prioritario 2, por ejemplo, adolescentes, madres primerizas, mujeres embarazadas con factores de riesgo)	La prioridad es lograr que los grupos de alto riesgo y los que requieran ayuda urgente (de cualquier edad, según las necesidades) reciban asesoramiento de manera oportuna Para el resto de mujeres embarazadas y lactantes, la misma programación que en los contextos de no emergencia, con prioridad para quienes se encuentren en el período perinatal	La prioridad es lograr que los grupos de alto riesgo y los que requieran ayuda urgente reciban asesoramiento con la frecuencia necesaria, siempre que el contexto de emergencia lo permita Para el resto de mujeres embarazadas y lactantes, la misma frecuencia que en los contextos de no emergencia, si es posible Los programas deben mantenerse y brindar asesoramiento con tanta frecuencia como sea posible cuando no sea viable celebrar seis encuentros	El asesoramiento en grupo puede ser adecuado para abordar las necesidades más imperiosas, pero se debe ofrecer también asesoramiento individual El asesoramiento remoto podría sustituir total o parcialmente el asesoramiento presencial	Similar a los/as proveedores/as habituales Puede que sea necesario aumentar la capacidad y el número de asesores/as con dedicación exclusiva Los/as prestadores/as necesitan competencias adicionales en materia de asesoramiento (consulte el cuadro 6 en el capítulo 5)	Las mismas que antes El asesoramiento anticipativo incluye también la previsión de los problemas de lactancia asociados al contexto de emergencia

⁸ Orientaciones adicionales: WHO y UNICEF (2021). IG-BFC.

4.1 DESTINATARIOS/AS DEL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Primera recomendación de la OMS

Todas las mujeres embarazadas y las madres de niños/as pequeños/as deberían recibir asesoramiento sobre lactancia materna.

Consideraciones clave

Los principales grupos de población a los que se dirigen las intervenciones de asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia son los siguientes: **mujeres y adolescentes embarazadas, madres y otras personas cuidadoras⁹ de lactantes (0-11 meses) y niños/as pequeños/as (12-23 meses).**

También es positivo incluir en el asesoramiento a los padres o coprogenitores/as^{10,11}, abuelas¹² y suegras^{xviii} u otros/as miembros de la familia, o bien hacerlos/as partícipes a través de actividades relacionadas, de acuerdo con el contexto cultural específico y en función de quiénes tengan voz o voto con respecto a cómo se alimenta y se atiende al bebé lactante. La inclusión de los miembros de la familia en el **asesoramiento prenatal** (véase el apartado 4.2: PROGRAMACIÓN Y FRECUENCIA DEL ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA) puede ayudar a determinar las mejores formas de ayudar a la madre tras el parto para alentar la lactancia materna. Incluir a miembros de la familia puede estar incluso más indicado si no se van a producir muchos encuentros de asesoramiento, ya que pueden ayudar a recordar la información y prestar un apoyo continuado, por ejemplo, en casos de traslado o evacuación.

ESTUDIO DE CASO 4 Asesoramiento orientado a hombres

Durante la respuesta a la crisis humanitaria de los rohinyás, las consultas con líderes religiosos y comunitarios y los encuentros con la comunidad celebrados por Save the Children pusieron de manifiesto la gran influencia de los padres sobre los hábitos de lactancia en la comunidad rohinyá. Por ello, Save the Children decidió incorporar y capacitar a asesores varones que pudiesen aconsejar a hombres y padres con respecto a la nutrición de las

madres, lactantes y niños/as pequeños/as, incluida la lactancia materna, en reuniones mantenidas en espacios públicos. Este enfoque inclusivo resulta especialmente adecuado en contextos con elevadas tasas de violencia doméstica, dado el conocido efecto que este tipo de violencia tiene sobre las prácticas de lactancia y cuidados.

Fuente: Save the Children (Bangladesh). Entrevista a un informante clave (2020)

Desafíos y soluciones

En las situaciones de emergencia, puede haber obstáculos que hagan muy complicado acercarse al asesoramiento a las mujeres embarazadas, madres y otras personas cuidadoras. Para superar muchos de estos desafíos, solo hace falta una preparación adecuada, como se señala en la publicación IG-BFC. En el cuadro 2, se recogen las posibles soluciones que se pueden proponer en una respuesta de emergencia.

⁹ Nota: En aras de la brevedad, de ahora en adelante, se utilizará el término *persona cuidadora* (en lugar de madres y otras personas cuidadoras), si procede, sin olvidar que los/as niños/as amamantados/as o atendidos/as principalmente por una persona que no es su madre biológica o la persona que los alumbró pueden ser más vulnerables y que, por lo tanto, deberían recogerse ciertas diferencias programáticas. El término *persona cuidadora* se refiere al cuidador o cuidadora principal del niño o niña y engloba a las madres, las madres adoptivas o de acogida, el personal que trabaja en instituciones como orfanatos, las personas que cuidan de un niño o niña de forma temporal (por ejemplo, en salas de neonatología de centros de tratamiento contra la fiebre hemorrágica del Ébola), etc., y puede incluir también a los padres y otros familiares que actúen como cuidadores/as principales del niño o niña.

¹⁰ Azad *et al.* (2019) señalan que, durante la crisis de las personas refugiadas rohinyás, el 91,97% de las mujeres que adoptaron lactantes nacidos/as a consecuencia de una violación indicaron que tuvieron que obtener permiso de sus maridos u otros familiares para amamantar.

¹¹ Emerson *et al.* (2017) determinaron que los maridos son una importante fuente de angustia para las mujeres que viven en la República Democrática del Congo y señalaron que conseguir la implicación de los padres a través de intervenciones de paternidad responsable puede reducir el malestar psicológico y tener repercusiones positivas sobre la salud de los/as niños/as.

¹² De Young *et al.* (2018) detectaron una importante influencia de la familia en las elecciones relativas a la alimentación tras el seísmo ocurrido en Nepal, lo que sugiere que las intervenciones posteriores a un desastre deberían incluir a las abuelas y a otros/as miembros de la familia ampliada.

Cuadro 2: estrategias para superar los desafíos más habituales que enfrenta el asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia, en particular los obstáculos para acercar el asesoramiento a las personas cuidadoras

Prestación de servicios (disponibilidad de personal cualificado, recursos financieros y capacidad organizativa)	
Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>1. Carencia de recursos financieros</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de una planificación o financiación adecuadas por parte de gobiernos nacionales, donantes y organismos - Falta de priorización de la ALNP-E por parte de los organismos candidatos a la financiación 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que el asesoramiento forme parte del paquete mínimo de servicios de salud y nutrición en situaciones de emergencia (planes de preparación, planes de respuesta humanitaria, etc.) (Véase el apartado 3.2: <u>PRINCIPALES PUNTOS DE ENTRADA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA</u>). • Garantizar que el organismo de coordinación principal en materia de ALNP-E cumpla sus responsabilidades con respecto a la financiación¹³ (por ejemplo, la participación en las evaluaciones de necesidades, estrategias de promoción o convocatorias de financiación, como los Fondos Mancomunados para Países Concretos [FMPC] o el Fondo Central para la Acción en Casos de Emergencia [CERF]). • Garantizar la inclusión y financiación apropiadas del asesoramiento sobre lactancia materna en los planes de preparación y respuesta, las estrategias y las propuestas de financiación¹⁴. • Explicar simple y llanamente qué es el asesoramiento sobre lactancia materna y cuál es su valor añadido. Comunicar las necesidades de las mujeres embarazadas y lactantes a donantes, gobiernos, etc. Compartir la base empírica existente en relación con la repercusión del asesoramiento sobre lactancia materna en los hábitos de lactancia y las consecuencias de desatender la lactancia en situaciones de emergencia. • Reivindicar ante los donantes los mecanismos de financiación flexibles, capaces de dar respuesta a necesidades distintas y variables^{xxx}.
<p>2. Déficits de capacidad organizativa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Carencia de programas de asesoramiento sobre lactancia materna (ALM) o interrupción de los ya existentes - Falta de capacidad para pasar de la programación del ALM orientada a situaciones de no emergencia a la orientada a situaciones de emergencia (preparación insuficiente) - Responsabilidades institucionales mal definidas, ausencia de políticas organizativas - Falta de socios competentes disponibles para implementar los programas^{xxx} - Servicios de mala calidad o inapropiados, en particular debido a una comunicación deficiente, a la falta de servicios que tengan en cuenta el apoyo psicosocial y para la salud mental o que estén centrados en el trauma, o bien a un asesoramiento inadecuado en términos de cultura, idioma, falta de privacidad en los servicios de asesoramiento o carencia de servicios inclusivos - Mala coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> • Concienciar a las personas responsables de la toma de decisiones y la planificación sobre la importancia de las cuestiones relativas a la ALNP-E y el ALM en situaciones de emergencia. • Fortalecer la capacidad organizativa para prestar servicios de asesoramiento adecuados y eficaces (véase el apartado 5: <u>CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA</u>). • Garantizar que se aprueben y apliquen políticas y directrices en materia de ALNP-E y lactancia materna en consonancia con la guía operativa en materia de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia <i>Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (OG-IFE)</i>. Elaborar una declaración conjunta que, además de tratar la elusión de donaciones de sucedáneos de leche materna (SLM), aborde el asesoramiento y lleve la firma de las partes interesadas pertinentes. Los organismos deben contar con una política escrita que se comunique a todo el personal, mientras que los proveedores de fondos pueden integrar las políticas en los acuerdos de asociación. • Garantizar una adecuada capacidad de coordinación en el ámbito de la ALNP-E^{15,16} (por ejemplo, evaluar la capacidad de coordinación del gobierno y prestarle apoyo en caso de ser necesario, determinar o aclarar las funciones y responsabilidades en materia de coordinación, establecer mecanismos de coordinación —como grupos de trabajo técnicos centrados en la ALNP-E— con la dotación necesaria que se encarguen de la programación específica y sensible de la ALNP-E o compartir información sobre mujeres embarazadas o lactantes y sus hijos/as de manera oportuna).

continúa...

¹³ Orientaciones adicionales: IFE Core Group (2017). Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, apartado 3.

¹⁴ Orientaciones adicionales: UNICEF y WHO (2021). Implementation Guidance on Counselling to Improve Breastfeeding Practices.

¹⁵ Orientaciones adicionales: IFE Core Group (2017). Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies, apartado 3.

¹⁶ Orientaciones adicionales: UNHCR y Save the Children (2018). IYCF Multisectoral Framework for Action.

Cuadro 2 (continuación)

Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>3. Disponibilidad, motivación y capacidad individual de los recursos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal capacitado^{xxxii, xxxiii} (ausencia de capacidad de asesoramiento previa a la situación de emergencia, personal asesor afectado por la emergencia, escasez de mujeres en la plantilla^{xxxiv}, escasez de personal con las competencias lingüísticas o los conocimientos culturales necesarios o que cuente con la aceptación de la población afectada por la emergencia, alto grado de movimiento de personal) - Falta de tiempo del personal sanitario (la elevada demanda de servicios curativos impide la prestación de servicios preventivos) - Escasa motivación del personal asesor (que, al ser responsable de muchas otras tareas, no le otorga la prioridad necesaria al asesoramiento, o bien se frustra ante la resistencia de las madres a aplicar las prácticas recomendadas¹⁷, además de la falta de incentivos para las asesoras entre pares) 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir funciones y estándares de servicio, por ejemplo, el tiempo necesario para que el personal capacitado, cualificado y motivado ejecute una actividad de manera profesional, dadas las circunstancias locales. Si el asesoramiento sobre lactancia materna es una parte definida de la función de un/a prestador/a de servicios, reservar un tiempo apropiado para este aspecto de su trabajo al planificar los servicios. • Garantizar la disponibilidad de un número apropiado de asesores/as¹⁸ mediante 1) la incorporación de personal asesor cualificado (por ejemplo, consultores/as de lactancia) o que pueda recibir formación para prestar asesoramiento (por ejemplo, profesionales del ámbito sanitario, pares, parteras tradicionales), 2) el despliegue de capacidad de asesoramiento adicional procedente de otras regiones, equipos nacionales o equipos de respuesta de emergencia (véase el apartado 5: <u>CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA</u>). • Desarrollar la capacidad del personal disponible para prestar asesoramiento. Hay que tener en cuenta que esta medida solo será eficaz si el asesoramiento se integra como una de sus funciones al planificar el servicio. Es esencial realizar capacitaciones periódicas para abordar el movimiento de personal (véase el apartado 5: <u>CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA</u>). • Desarrollar la capacidad de las comunidades para prestar asesoramiento (por ejemplo, capacitar a asesoras entre pares). Puede consolidar la resiliencia y reducir la dependencia de la ayuda y los recursos externos. • Aplicar la rotación de tareas, por ejemplo, podrían ser los/as promotores/as de la higiene, en lugar del personal asesor, quienes enseñasen a alimentar con vaso y las asesoras entre pares podrían brindar asesoramiento básico para que el personal asesor con competencias más avanzadas se pudiese centrar en los casos más complejos. • Incorporar a los servicios a personal asesor especializado en lactancia materna que pueda prestar un asesoramiento más amplio (véase el apartado 5.1: <u>PERSONAS ENCARGADAS DE LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA</u>). • Poner de manifiesto la importancia y la repercusión que tiene la lactancia materna en situaciones de emergencia, así como los riesgos de desatenderla, para impulsar la motivación. • Incluir indicadores de asesoramiento normalizados en el conjunto de indicadores que se utiliza para monitorear la actividad de los/as prestadores/as, los centros y los asociados en la ejecución. • Planificar una remuneración y unos incentivos adecuados (si procede y es sostenible) y prestar apoyo y reconocimiento a los/as voluntarios/as de la comunidad y las asesoras entre pares. • Exponer el deber de cuidado y respaldar al personal asesor para que pueda trabajar en un entorno seguro. • Poner en práctica políticas favorables a la familia y la lactancia materna, para poder incorporar mujeres a la plantilla y conservarlas (véase el recuadro 8 para obtener más información).

Demanda y utilización de los servicios

Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>1. Elevada carga de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grandes necesidades (afluencia de población debido a un desplazamiento masivo, aumento de las dificultades para amamantar, subida de las tasas de natalidad o incremento general de las necesidades, por ejemplo, durante una epidemia) 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar la prestación de asesoramiento a quienes necesiten ayuda inmediata (prioridad 1) y los grupos de alto riesgo (prioridad 2) (véase el apartado Adaptaciones y avenencias, más adelante). • Prevenir los problemas relacionados con la lactancia materna: <ul style="list-style-type: none"> - Priorizar el asesoramiento durante el embarazo y en el período perinatal (véase el apartado 4.2: <u>PROGRAMACIÓN Y FRECUENCIA DEL ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA</u>) - <u>Garantizar el contacto piel con piel</u> inmediato y el inicio temprano de la lactancia • Crear un entorno propicio para la lactancia materna (por ejemplo, prevenir y gestionar con rapidez las donaciones de SLM, facilitar el apoyo multisectorial a mujeres embarazadas y lactantes¹⁹ o poner en marcha intervenciones que respalden las prácticas de lactancia recomendadas) para reducir el número de mujeres con problemas de lactancia que necesitan asesoramiento experto. • Garantizar el apoyo adecuado a los bebés lactantes alimentados con SLM, a fin de dar protección y respaldo a los/as niños/as que reciben lactancia materna y a los que no. • Garantizar la disponibilidad de atención posnatal y servicios de seguimiento del crecimiento (consultorios de puericultura) para facilitar la detección temprana de los problemas, antes de que sea necesario recurrir a la atención especializada.

continúa...

¹⁷ Sami et al. (2017) determinaron que las reticencias de las madres ante prácticas como la lactancia materna exclusiva y la extracción de leche materna hicieron que el personal sanitario dedicase menos esfuerzos a promocionarlas.

¹⁸ Orientaciones adicionales: Normas Esfera sobre el personal: 23 obstetras (personal médico, de enfermería, comadronas) por cada 10.000 personas. Se debe tener en cuenta que son normas mínimas que pueden variar en función del contexto; si las tasas de consulta de salud reproductiva son elevadas, habrá que considerar la posibilidad de reajustar la dotación de personal, aunque se cumpla la norma mínima.

¹⁹ Orientaciones adicionales: Save the Children y UNHCR (2017). IYCF in Refugee Situations: A Multisectoral Framework for Action.

Cuadro 2 (continuación)

Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>2. Escasa demanda de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desigualdad de género y normas sociales (falta de agencia de las mujeres para tomar la decisión de acudir a los servicios, mujeres obligadas a quedarse en casa, etc.) - Poco conocimiento de los servicios (comunicación deficiente, falta de comunicación inclusiva que resulte accesible y comprensible para todas las personas cuidadoras) - Falta de tiempo (las mujeres tienen una mayor carga de trabajo y muchas prioridades contrapuestas) - Motivación de las madres y priorización (es posible que las personas cuidadoras no den el valor suficiente al asesoramiento o que no consideren que el seguimiento sea importante, que los programas que no ofrecen asistencia material no resulten atractivos para las poblaciones que dependen de la ayuda o que las personas cuidadoras prefieran la alimentación artificial debido, por ejemplo, a las agresivas campañas de promoción por parte de las empresas fabricantes de SLM) - Declive de las conductas saludables (empeoramiento de la salud mental y el bienestar de las madres, falta de aceptación o confianza con relación a los servicios disponibles [a causa, por ejemplo, de una calidad deficiente o inadecuada en términos culturales, idiomáticos, de falta de privacidad, etc.], miedo a asistir a encuentros presenciales de asesoramiento durante brotes de enfermedades infecciosas)^{xxv, 20} 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un análisis de los obstáculos para comprender por qué es tan baja la utilización de los servicios. • Emprender iniciativas de sensibilización y mejorar la aceptación de los servicios de asesoramiento por parte de la comunidad. Sensibilizar al personal de respuesta, las personas cuidadoras, las personas influyentes y quienes están a cargo de adoptar decisiones —incluidos los líderes comunitarios— con respecto al valor de la lactancia materna y la importancia del asesoramiento y hacerlos/as partícipes de los servicios disponibles. Utilizar los medios de comunicación y otros canales de comunicación para fomentar la sensibilización. Utilizar modelos participativos para diseñar unos servicios de asesoramiento culturalmente apropiados y contar con la opinión de la comunidad. Ofrecer información a través de diversos canales de comunicación (como pósteres y altavoces) para asegurarse de que las personas cuidadoras que tengan alguna discapacidad puedan acceder a la información y comprenderla. • Aumentar la accesibilidad y reducir la carga que soportan las personas cuidadoras. Ofrecer asesoramiento en distintos ámbitos (doméstico, comunitario y asistencial) y a través de distintas plataformas^{xxvi}. Garantizar que el horario de atención, las actividades de proximidad y las visitas a los hogares se adapten a los horarios más convenientes para las madres (es decir, cuando no estén ocupadas atendiendo a los niños/as o preparando la comida). Garantizar que el personal asesor cualificado visite los hogares, en especial cuando las personas cuidadoras tengan problemas para desplazarse hasta los lugares donde se ofrece asesoramiento sobre lactancia materna (por ejemplo, personas que sufren depresión o con discapacidad, puérperas). Colaborar con los servicios de apoyo psicosocial y para la salud mental para detectar a las personas cuidadoras que sufren problemas de salud mental y remitirlas a los servicios de asesoramiento, o bien capacitar al personal de apoyo psicosocial y para la salud mental para brindar asesoramiento. • Infundir confianza en los servicios sanitarios. Solicitar e incorporar las opiniones de la comunidad. Para confrontar los temores en torno a las enfermedades contagiosas, crear un entorno en el que tanto la enfermedad como sus efectos se puedan comentar y abordar de manera abierta. • Considerar la posibilidad del asesoramiento remoto sobre lactancia materna si las personas cuidadoras tienen miedo a acudir a los servicios presenciales, por ejemplo, durante brotes de enfermedades contagiosas (véase el apartado 4.3: MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA) • Incentivar a las personas cuidadoras para que den prioridad a los servicios de asesoramiento. Ofrecer un apoyo integral que tenga en cuenta los distintos componentes que influyen en el bienestar, la salud, el desarrollo y la felicidad de una diada madre-lactante. Ubicar o integrar los servicios de asesoramiento sobre lactancia materna en lugares donde se presten servicios que utilicen con frecuencia las mujeres embarazadas o lactantes (véase el apartado 3.2: PRINCIPALES PUNTOS DE ENTRADA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA). Considerar la posibilidad de incorporar el asesoramiento a servicios que proporcionen asistencia material^{xxvii} (por ejemplo, ayuda alimentaria) o asistencia en efectivo o, cuando sea pertinente, proporcionar incentivos que faciliten la adopción de los comportamientos sugeridos (por ejemplo, jabón, kits de higiene, productos de higiene menstrual, tentempiés nutricionales)^{xxviii, xxix}. Prestar apoyo a los lactantes alimentados con SLM para, así, poner a sus personas cuidadoras en contacto con los servicios, en particular, el ALM. Averiguar qué motiva a las madres y otras personas cuidadoras, por ejemplo, a través de un diseño centrado en el aspecto humano y una cartografía del comportamiento. • Proteger y respaldar la salud mental y el bienestar psicosocial de las madres. Colaborar con los agentes de apoyo psicosocial y para la salud mental en el diseño y prestación de servicios de asesoramiento y de capacitación del personal asesor que promuevan la salud mental y el bienestar psicosocial²¹. Crear capacidades de asesoramiento comunitario (por ejemplo, grupos de apoyo entre madres y asesoras entre pares) para fortalecer las redes comunitarias de apoyo social y ayuda mutua. En los servicios de asesoramiento, promover y apoyar las prácticas que benefician la salud mental de las madres, como el contacto piel con piel. • Incentivar el seguimiento. Colaborar con las iniciativas de rastreo en caso de incumplimiento. Considerar el uso de salud móvil (msalud) para enviar recordatorios a las personas cuidadoras (por ejemplo, por teléfono). • Garantizar que los servicios sean inclusivos, es decir, accesibles, apropiados y comprensibles para personas con deficiencias (físicas, sensoriales, mentales o intelectuales). • Dar a conocer el Código Internacional de la OMS y establecer un sistema para monitorear las violaciones del Código y responder ante ellas.

continúa...

²⁰ Brown y Shenker (2020) señalaron que el 58,8% de las puérperas encuestadas en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 (n=1.218) afirmaron que les daba —o les daría— miedo mantener una cita presencial con personal sanitario. El miedo a la pandemia afectó a las decisiones que tomaron algunas madres sobre si ponerse en contacto o no con el personal sanitario; se detectó una relación significativa entre no hacerlo e interrumpir la lactancia materna.

²¹ Orientaciones adicionales: Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.

Acceso humanitario	
Obstáculos potenciales	Soluciones posibles
<p>1. Falta de acceso a los servicios de asesoramiento por parte de la población afectada (obstáculos físicos, como inseguridad, restricciones de la libertad de circulación, destrucción de infraestructuras civiles, distancias largas o difíciles de recorrer, condiciones climáticas, discapacidad física; y obstáculos sociales, como grupos estigmatizados y subatendidos, restricciones de la libertad de circulación de las mujeres, obstáculos relacionados con la lengua y el analfabetismo, obstáculos financieros, carencia o pérdida de documentación)</p> <p>2. Falta de acceso a la población afectada por parte de los agentes humanitarios (inseguridad, obstrucciones o interferencias por parte de agentes estatales o no estatales, restricciones burocráticas, restricciones a la circulación, ataques deliberados contra el personal y las infraestructuras humanitarias, destrucción de la infraestructura de transportes, etc.)</p> <p>3. Traslado forzoso y desplazamientos o evacuaciones masivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer o fortalecer la capacidad de asesoramiento comunitario, por ejemplo, mediante la capacitación de grupos de apoyo entre madres, asesoras entre pares o personal sanitario comunitario en regiones de difícil acceso, en particular para prestar atención a poblaciones estigmatizadas o subatendidas. Puede reducir la dependencia de la ayuda externa y contribuir a superar obstáculos culturales e idiomáticos, por ejemplo, que dificultan obtener apoyo. • Aplicar una estrategia centrada en las personas para diseñar y planificar los servicios. Conjeturar las vías que podría seguir la persona cuidadora para acceder a los servicios y qué desafíos podrían surgir en cada momento, a fin de adelantarse a ellos y mitigar los riesgos. • Plantearse el uso de intérpretes o asesoramiento remoto si el personal asesor que habla el mismo idioma que la población afectada no está disponible de inmediato. • Considerar la prestación de servicios de asesoramiento remoto (véase el apartado 4.3: MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA) cuando el asesoramiento presencial no sea la opción recomendada o ni siquiera una posibilidad. • Enviar personal asesor a ver a las madres o familias (por ejemplo, servicios de proximidad y visitas a los hogares), dando prioridad a las mujeres que no se pueden desplazar a los lugares donde se presta asesoramiento o a quienes les resulta especialmente difícil hacerlo (por ejemplo, madres con discapacidad, gravemente heridas o deprimidas). • Establecer lugares centrales en los que las personas cuidadoras puedan acceder al asesoramiento. Establecer espacios de apoyo²² en, por ejemplo, campamentos o centros de tránsito o evacuación. Establecer una distancia máxima aceptable entre el punto de servicio de asesoramiento más cercano y las comunidades. Cuando proceda, alojar a las familias con lactantes y niños/as pequeños/as en zonas específicas, para reducir la cantidad de espacios necesarios o mejorar el acceso a las madres y otras personas cuidadoras. • Agrupar o integrar servicios para ganar tiempo y reducir los gastos de desplazamiento. • Facilitar el acceso seguro a los servicios de asesoramiento mediante la coordinación con agentes de protección y fomento del diálogo con las comunidades con respecto a los problemas de seguridad básicos y las medidas de protección, en particular las relacionadas con la VG. • Tener en cuenta a los/as hermanos/as mayores²³. Garantizar que las personas cuidadoras puedan acceder a los servicios con niños/as mayores o tomar las medidas pertinentes para asegurar su cuidado en una ubicación aledaña (por ejemplo, ubicar los servicios en un espacio adaptado a la infancia). • Establecer vías de remisión bien organizadas (véase el apartado Remisiones) • Eliminar los obstáculos financieros (por ejemplo, ofrecer atención sanitaria universal, cubrir los gastos de transporte) • Cumplir las normas mínimas para la inclusión de la edad y la discapacidad en la acción humanitaria²⁴. • Garantizar que los servicios sean adecuados para adolescentes, en concreto mediante el establecimiento de un horario exclusivo para adolescentes, la capacitación específica del personal que vaya a prestar estos servicios y la adaptación de las estrategias de asesoramiento para satisfacer las necesidades de los/as usuarios/as más jóvenes.

continúa...



²² GNC Technical Alliance (2020). Supportive Spaces for IYCF-E. <https://www.enonline.net/supportivespacesiyfcetechbrief2020>

²³ Hull, Kam y Gribble (2020) señalaron que, durante la pandemia de COVID-19, en Australia, se denegó a una madre con una presunta infección mamaria la posibilidad de visitar a un/a médico/a debido a las políticas en materia de PCI, que no tenían en cuenta a las madres con varios/as hijos/as (solo se permitía la entrada de dos personas en la consulta).

²⁴ HelpAge International, en representación de Age and Disability Consortium (2015). Minimum Standards on Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action.

Cuadro 2 (continuación)

Falta de datos sobre mujeres embarazadas y lactantes	
Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>1. Ausencia o interrupción de los sistemas de gestión de información preexistentes</p> <p>2. Inexactitud o irrelevancia de los datos demográficos anteriores a la crisis (elevado número de víctimas mortales, afluencia de población)</p> <p>3. Confidencialidad o restricciones en el intercambio de datos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los agentes y autoridades locales para recabar datos previos a la crisis. • Garantizar la inclusión de indicadores de ALNP-E y lactancia materna en las evaluaciones de necesidades, incluidas las evaluaciones de necesidades tempranas multisectoriales. Desglosar los datos (de 0 a 5 meses y de 6 a 23 meses, como mínimo)²⁵. • Realizar evaluaciones exhaustivas utilizando métodos cualitativos y cuantitativos, cuando sea posible. • Monitorear los programas utilizando indicadores normalizados²⁶ y datos desglosados. Compartir la información relevante de manera oportuna. • Determinar distintas vías para llevar un registro de tantas mujeres embarazadas como sea posible. Entre ellas, se pueden incluir el acceso a registros prenatales, la colaboración con parteras tradicionales y la cooperación con agentes de protección infantil para garantizar la inscripción de los recién nacidos en un plazo máximo de dos semanas. • En poblaciones estables, realizar un ejercicio de cartografía de la comunidad con un registro indiscriminado de todas las madres y personas cuidadoras de lactantes y niños/as.
Los mecanismos de la acción humanitaria: separación de la ALNP-E y el asesoramiento sobre lactancia materna en el sector de la nutrición	
Obstáculo potencial	Soluciones posibles
<p>1. Estrategias de programación compartimentadas (la existencia de una gestión, una supervisión o flujos de financiación independientes para el asesoramiento y la ALNP-E y para otros servicios, junto al enfoque y la estructura por grupos temáticos, genera la percepción de que la ALNP-E es responsabilidad exclusiva del sector o el clúster de la nutrición)</p> <p>2. Poca capacidad de integración (la escasa familiaridad del sector de la nutrición con los enfoques o intervenciones de otros sectores conduce a oportunidades de integración perdidas, a que otros sectores apenas conozcan las intervenciones en materia de ALNP-E y a problemas derivados de la sobrecarga del personal de primera línea, sin experiencia, con responsabilidades en varios sectores)</p> <p>3. Falta de herramientas personalizadas (pocos paquetes de capacitación en materia de asesoramiento y herramientas de programación orientadas a sectores humanitarios distintos al de la nutrición)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pedir a las partes interesadas relevantes de otros sectores que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres embarazadas, los/as niños/as menores de dos años y sus personas cuidadoras, en particular el asesoramiento sobre ALNP²⁷. • Utilizar una estrategia centrada en las personas para diseñar y poner en marcha, desde el principio, un programa o una respuesta de emergencia integrados siempre que haya más de un sector implicado^{xl}. Si bien los programas pueden recibir financiación independiente, sus actividades deberían contribuir a alcanzar una meta común u objetivos compartidos que tengan la lactancia materna en cuenta. Conviene reflexionar sobre el establecimiento de un paquete mínimo para la integración y la colaboración intersectorial. • Capacitar a las personas responsables del diseño y la planificación de los programas para que reconozcan los vínculos y los puntos de entrada para el asesoramiento en los servicios humanitarios de distintos sectores (ALNP-E, atención neonatal esencial, etc.). Fortalecer la capacidad de asesoramiento en estos servicios, en lugar de realizar intervenciones de asesoramiento independientes. • Tomar medidas para que las personas encargadas de la supervisión y de la capacitación del personal asesor trabajen en distintos sectores, en lugar de hacerlo únicamente en el sector de la nutrición.

²⁵ <https://ir.hpc.tools/indicators>

²⁶ Herramienta: Humanitarian Indicators Registry. <https://ir.hpc.tools/>

²⁷ Orientaciones adicionales: Save the Children y UNHCR (2017). IYCF in Refugee Situations: A Multisectoral Framework for Action.

ESTUDIO DE CASO 5 Apoyo de la comunidad para ampliar el alcance

En 2005, una iniciativa interinstitucional conocida como Equipo ALNP de Dadaab empezó a desarrollar actividades de ALNP-E en distintos planos en el campamento de refugiados de Dadaab. En el plano comunitario, se crearon grupos de apoyo entre madres, basados en encuentros de mujeres ya existentes. Las facilitadoras de los grupos eran pares que hablaban el mismo idioma que otras madres de la comunidad, personas conocidas y de confianza para la comunidad.

En cuatro años, 610 personas recibieron capacitación para actuar como facilitadoras de grupos y se formaron 679 grupos. Todos los meses, se proporcionaba asesoramiento entre pares a miles de madres y mujeres embarazadas en el marco del grupo de apoyo. Trimestralmente, se invitaba a participar a abuelas, suegras y padres. Entre 2005 y 2009, las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron del 4,1% al 47,6%.

Fuente: UNHCR y CARE (Kenya) - Entrevistas a informantes clave e intercambio de mensajes de correo electrónico con antiguos/as miembros del personal (2020) Lung'aho y Stone-Jiménez (2009). *Mother to Mother Support Groups in the Dadaab Refugee Camp*. https://www.waba.org.my/pdf/mstfnl_V7N2_MtMSG_Dadaab.pdf

Paquete de capacitación: <https://windowofopp.files.wordpress.com/2010/12/mtmsg-instructional-training-package1.pdf>

ESTUDIO DE CASO 6 Equipos sanitarios móviles para ampliar el alcance

UNICEF desplegó equipos de salud móvil en el Afganistán (crisis prolongada compleja) con un asociado local para acercar los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal y de atención a la emaciación a las mujeres embarazadas y los/as niños/as menores de cinco años que vivían en comunidades remotas o de difícil acceso (poblaciones alejadas de los centros sanitarios fijos). Los equipos constaban de un/a profesional especializado/a en partería, vacunación, enfermería o medicina, y asesoramiento en materia de nutrición. El asesor o asesora de nutrición prestaba servicios de nutrición, incluido el asesoramiento en materia de nutrición de las madres, lactantes y niños/as pequeños/as. Los equipos de salud móvil visitaron

los puntos designados de prestación de servicios una vez al mes durante 10 meses, para aumentar el alcance y dar a conocer los servicios de salud y nutrición en la comunidad. Como resultado, la cobertura se incrementó en un 10% y el proyecto consiguió llegar al 89% de los/as beneficiarios/as de atención prenatal previstos/as. Se demostró la utilidad de los equipos de salud móvil para mejorar la cobertura, el alcance y el acceso a los servicios. No obstante, la sostenibilidad del servicio era un problema, debido a su elevado coste. Los servicios de proximidad prestados por los equipos móviles pueden mejorar la cobertura del asesoramiento en entornos en los que las comunidades se encuentran lejos de los centros sanitarios fijos.

Fuente: Qarizada et al., *Afghanistan (2018) Scale up of I-MAM services in Afghanistan*. Field Exchange 57.

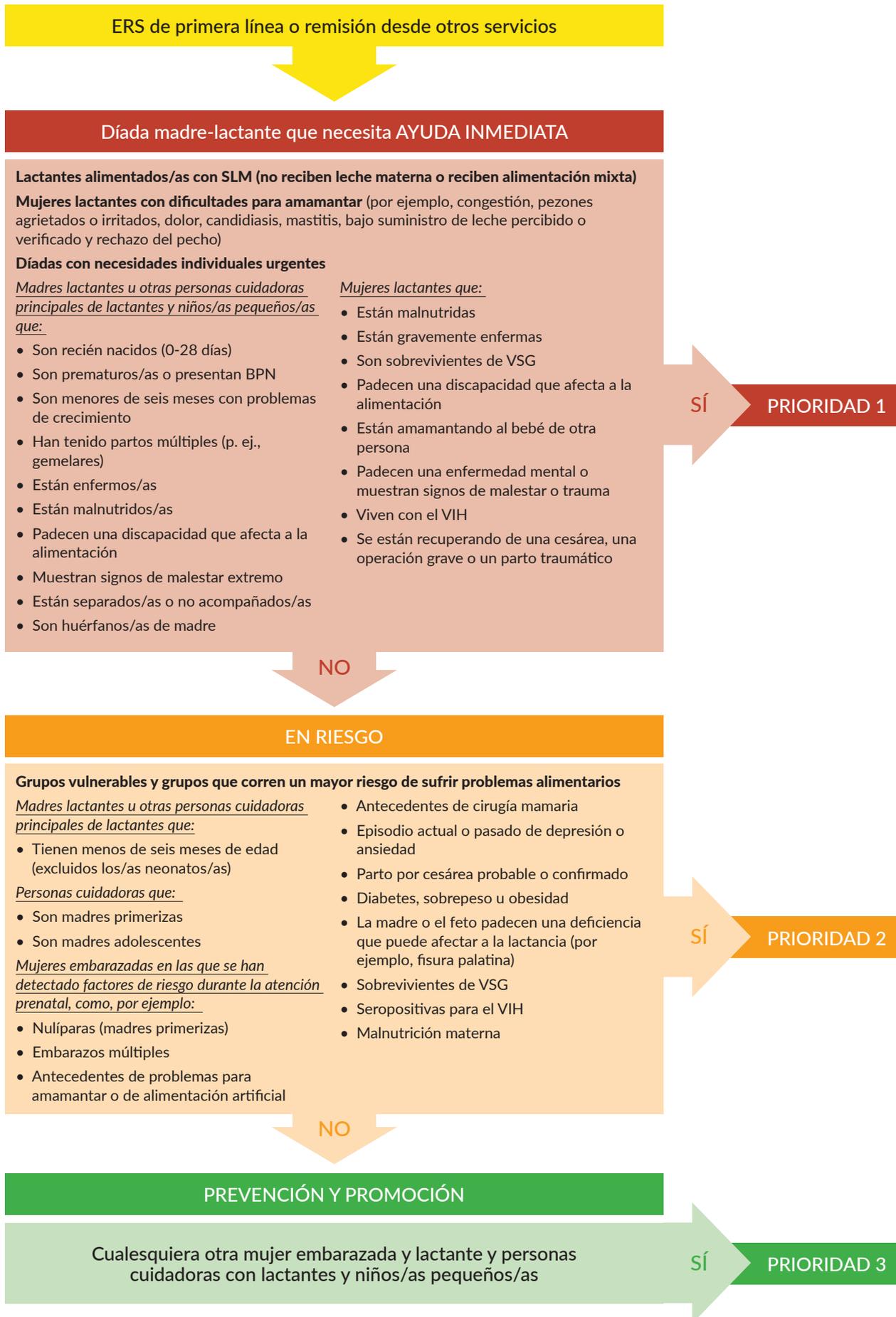
RECUADRO 3 Mensajes clave relativos a cómo reconocer a las madres y personas cuidadoras que necesitan asesoramiento sobre lactancia materna y cómo ofrecérselo

1. Cubrir tantos planos (doméstico, comunitario, institucional) y puntos de entrada sectoriales como sea posible para llegar a las mujeres
2. Garantizar o establecer mecanismos para registrar y realizar un seguimiento de todas las mujeres embarazadas
3. Acercar los servicios a las mujeres, no esperar a que ellas acudan
4. Hacer que los servicios de asesoramiento sobre lactancia materna sean de fácil acceso y resulten interesantes para las mujeres (cuadro 2)

Adaptaciones y compromisos

Si no es posible brindar asesoramiento a todo el mundo, se debe considerar la posibilidad de **priorizar a grupos específicos (figura 1)**. A través de un rápido proceso de cribado y triaje, es posible identificar a las personas que necesitan ayuda inmediata o tienen más probabilidades de sufrir problemas relacionados con la lactancia materna, de tal manera que se las pueda remitir para realizar una evaluación en profundidad y ofrecerles un mayor asesoramiento, como se indica a continuación. Las madres que no tienen dificultades pueden recibir formas menos intensivas de apoyo para la lactancia materna (como formación o un entorno propicio), que contribuyan a evitar que aparezcan problemas en torno a la lactancia materna y reducir la necesidad de asesoramiento en un futuro.

Figura 1: Priorización del asesoramiento, por categoría



Proceso de priorización

1. Examinar a todas las personas cuidadoras principales de menores de dos años a través de una Evaluación Rápida Simple.

En la medida de lo posible, todas las mujeres embarazadas y todas las personas cuidadoras de menores de dos años deberían someterse a este examen en cuanto sea posible tras el inicio de la crisis. Para ello, se puede utilizar una herramienta de triaje estándar²⁸, como una **evaluación rápida simple (anexo A: ERS)**. El propósito de la herramienta es evaluar con rapidez a los/as niños/as menores de dos años y sus personas cuidadoras, a fin de decidir si remitirlos/as a un proceso de evaluación exhaustiva y asesoramiento o a otras formas de apoyo para la lactancia materna. Todos/as los/as trabajadores/as de primera línea que interactúan habitualmente con niños/as menores de dos años y sus personas cuidadoras deben recibir capacitación sobre el uso de la ERS, de modo que se pueda utilizar siempre que surja la oportunidad. Por ejemplo, al registrar a los/as recién llegados/as a un centro de acogida, como una parte más de la encuesta de hogares (cribado activo^{xli}), en los procesos de manejo de casos de protección infantil, en la primera consulta en un centro sanitario y al inscribirse para obtener asistencia alimentaria (**estudio de caso 7**).

2. Pasar al proceso de evaluación exhaustiva y asesoramiento, si así lo indica la ERS. Durante el primer encuentro de asesoramiento, el personal asesor realizará una evaluación individual más pormenorizada de la diada persona cuidadora-bebé, denominada evaluación exhaustiva (**anexo B: EE**). Debe incluir una evaluación (escucha y aprendizaje) de la conducta del bebé, el comportamiento de la madre, la posición, el agarre, la alimentación efectiva, la salud del bebé, el estado del pecho y la percepción de la madre respecto a cómo está resultando la lactancia materna^{xlii,29}. La salud nutricional de una mujer lactante (estado serológico con respecto al VIH, enfermedades infecciosas como la fiebre hemorrágica del Ébola o la COVID-19) y su bienestar psicosocial son otras cuestiones importantes que se deben tener en cuenta en los contextos de emergencia. Por lo tanto, el personal asesor debe recibir capacitación en cuanto a la revelación voluntaria y los mecanismos de remisión pertinentes. A continuación, el personal asesor determinará³⁰ (analizar y actuar) qué tipo de apoyo se necesita, que puede ser la resolución rápida de un problema sencillo (por ejemplo, relacionado con la posición), el asesoramiento experto sobre lactancia materna (como puede ser el apoyo a la relactación) o la remisión a otras formas de apoyo (por ejemplo, tratamiento de la desnutrición, SMAPS o servicios sanitarios). Cuando sean varios los equipos de asesoramiento responsables de realizar la evaluación exhaustiva (por ejemplo, las asesoras entre pares en el plano comunitario o los/as consultores/as de lactancia en el centro de salud), es posible que se deba recurrir a herramientas diferentes o a distintas versiones de la misma herramienta^{xliii}.

3. Monitorear los casos remitidos a otras formas de apoyo para la lactancia materna. Pueden aparecer problemas nuevos tras la ERS o puede que se haya pasado algo por alto. Por lo tanto, es necesario capacitar a educadores/as, facilitadores/as de los espacios de apoyo, personal de asesoramiento en grupo y otros/as prestadores/as de servicios de apoyo para la lactancia materna, a fin de que se mantengan alerta y detecten a las personas cuidadoras que puedan necesitar asesoramiento individual.

Recuerde que la ERS es una herramienta de cribado muy sencilla, diseñada para que personas sin formación específica puedan identificar con facilidad la mayoría de las diadas que necesitan asesoramiento con mayor urgencia. No es posible identificar a todos los grupos que necesitan ayuda urgente y los grupos de alto riesgo con la ERS. Por ejemplo, puede que no sea factible o adecuado que una persona sin formación específica identifique a los lactantes con bajo peso al nacer (BPN) o con problemas de crecimiento, a las mujeres lactantes sobrevivientes de VSG o a las mujeres lactantes seropositivas para el VIH. Del mismo modo, puede que no sea posible identificar rápidamente a todas las mujeres lactantes por medio de una ERS (por ejemplo, en aquellos casos en los que una población refugiada está dispersa en una comunidad de acogida).

Por lo tanto, además de aplicar la ERS en el proceso de cribado, es importante **establecer otras vías a través de las que las personas cuidadoras puedan acceder al asesoramiento**, incluida la consulta espontánea (véase el **cuadro 3**). Lo ideal sería que el asesoramiento se integrase directamente en los servicios que utilizan los grupos vulnerables que la ERS pueda pasar por alto. Nos referimos especialmente a servicios como los de **maternidad, los que brindan apoyo a lactantes pequeños/as y en riesgo nutricional (como programas de atención a la desnutrición), los de SMAPS, los centrados en el VIH** (y, en particular, la PTMI) y **los servicios orientados a adolescentes (figura 2)**. Si no es posible que quienes prestan estos servicios ofrezcan asesoramiento directo, es importante garantizar que, como mínimo, reciban la capacitación necesaria para detectar y remitir a las personas cuidadoras que puedan necesitarlo.

²⁸ El objetivo principal del triaje es ayudar al mayor número posible de personas. En una situación de emergencia abrumadora, el triaje también ayuda a orientar las decisiones relativas a la asignación de los escasos recursos (Jorgensen *et al.* 2010).

²⁹ Para acceder a un análisis de las herramientas disponibles para la evaluación de la lactancia materna, consulte el capítulo 7 del proyecto MAMI.

³⁰ Los materiales de apoyo, como los organigramas de decisión, pueden ayudar al personal asesor a determinar las medidas siguientes. Herramienta: UNHCR Infant and Young Child Feeding Standard Operating Procedures for Handling of Breastmilk Substitutes (BMS) in Refugee Situations for children 0-23 months (página 11): <https://www.unhcr.org/55c474859.pdf>

³¹ El asesoramiento sobre alimentación de lactantes es un componente imprescindible de la respuesta mínima al VIH cuando se inicia el tratamiento antirretrovírico en mujeres embarazadas o lactantes y sus bebés en una emergencia (WHO y UNICEF, 2018).

El personal asesor y los/as responsables del programa de asesoramiento también deben conocer los servicios clave para los grupos prioritarios e intentar de manera proactiva establecer contacto con las mujeres embarazadas y lactantes que accedan a dichos servicios (**estudio de caso 10**).

ESTUDIO DE CASO 7 Detección sistemática de las necesidades de asesoramiento utilizando una evaluación rápida simple

En la República Democrática del Congo, la malnutrición sigue siendo un problema de salud pública, con una tasa de malnutrición crónica que se sitúa en el 42% y una tasa de emaciación que alcanza el 6,5% (MICS, 2018). Las prácticas de ALNP muestran unos índices muy bajos, que señalan que solo un 8% de los/as niños/as de entre 6 y 23 meses de edad llevan una dieta mínima aceptable y que solo el 53,5% de los/as menores de seis meses reciben exclusivamente lactancia materna (MICS, 2018). Los programas de asistencia de emergencia del Programa Mundial de Alimentos (PMA) (como las transferencias en efectivo o la ayuda alimentaria en especie) que se destinan a las familias vulnerables tienen un gran potencial para actuar como plataformas de respaldo y promoción de las prácticas de ALNP, sobre todo en los contextos de emergencia. Desde 2019, el PMA en la República Democrática del Congo

aplica un enfoque experimental centrado en la nutrición a sus intervenciones de transferencias en efectivo en situaciones de emergencia. En el plano comunitario y en los centros de distribución, las actividades han incluido la realización de evaluaciones rápidas y simples, de carácter individual, de las prácticas de ALNP; la prestación de apoyo y orientación ante problemas de ALNP, con las remisiones correspondientes a los servicios pertinentes de ALNP; campañas de sensibilización masivas sobre la ALNP y la malnutrición a través de la difusión de mensajes adaptados al contexto específico; y la detección de casos de malnutrición, los más graves de los cuales se remiten a un centro sanitario. Entre las actividades en el plano comunitario, se incluyen el establecimiento o la revitalización de los grupos de apoyo de ALNP y la organización de demostraciones culinarias.

Fuente: PMA, República Democrática del Congo (2020), intercambio de mensajes de correo electrónico

Sistemas de remisión

Las múltiples y diversas necesidades de las poblaciones afectadas por emergencias ponen de manifiesto que no se puede renunciar a la colaboración y la coordinación entre servicios y sectores (remisiones *a* y *desde* servicios de asesoramiento). Es importante que el personal asesor trate de detectar los problemas (como la desaparición de un familiar o una situación de inseguridad alimentaria o violencia intrafamiliar) que pueden estar afectando de manera indirecta a la capacidad de la persona cuidadora para proporcionar una atención y alimentación receptiva al niño o la niña, para así poder ofrecerle una asistencia práctica y acceso a los servicios pertinentes. Las remisiones también se pueden dar *dentro* de los propios servicios de asesoramiento, como, por ejemplo, la remisión de problemas complejos a asesores/as con más experiencia y formación. Para garantizar la continuidad de los cuidados, los sistemas de remisión se deben desarrollar de acuerdo con lo descrito en la publicación IG-BFC. Las consideraciones clave con respecto a la remisión de personas cuidadoras o lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia se recogen en el cuadro 3.



El equipo de CHEERING realiza el proceso de cribado y remisión de personas refugiadas en Grecia.
FOODKIND

Cuadro 3: Consideraciones clave para los sistemas de remisión en contextos de emergencia

Remisiones dentro de los propios servicios de asesoramiento	Remisiones desde servicios de asesoramiento	Remisiones a servicios de asesoramiento
<p>Escasez/falta de personal asesor con competencias avanzadas de asesoramiento. Es posible que la capacidad de asesoramiento especializada no esté disponible de inmediato. Para mejorar el acceso, se debe maximizar el uso de la tecnología para facilitar el asesoramiento remoto³² (véase el apartado 4.3: MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA), teniendo en cuenta los husos horarios y la necesidad de que el personal especializado remoto disponga de competencias adaptadas al contexto (véase el apartado 5: CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA).</p> <p>Si se faculta al personal sanitario y los paraprofesionales para brindar asesoramiento básico, el personal asesor disponible más cualificado (por ejemplo, consultores/as de lactancia) puede dedicar más tiempo a las personas cuidadoras con necesidades de asesoramiento más complejas.</p> <p>Claridad sobre el ámbito de actuación. Las funciones y responsabilidades de los distintos equipos tienen que estar claramente definidas (véase el apartado 5.1: PERSONAS ENCARGADAS DE LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA). Especialmente en los contextos en los que los servicios están saturados y no hay especialistas disponibles, existe el riesgo de que el personal asesor se extralimite; por eso, es esencial que tenga la capacitación necesaria para reconocer y aceptar sus limitaciones y determinar cuándo es necesaria una remisión.</p> <p>Atención asistencial a la lactancia. Es importante disponer de personal sanitario con competencias avanzadas en materia de asesoramiento (véase el apartado 5.2: COMPETENCIAS PARA EL ASESORAMIENTO) que pueda dar un apoyo adecuado a los problemas de lactancia que requieren conocimientos médicos.</p>	<p>Conocimiento de los servicios disponibles por parte del personal asesor. Para que las remisiones sean eficaces, las personas que prestan los servicios deben tener a su alcance la siguiente información actualizada y por escrito: criterios de admisión, localización, horario y días de atención para nuevos ingresos, costos.</p> <p>Servicios sanitarios. Garantizar la prestación de servicios asistenciales favorables a la lactancia materna (por ejemplo, prescripción de medicamentos compatibles con la lactancia, en particular anticonceptivos).</p> <p>Sensibilización multisectorial. Proporcionar información y consejos contradictorios puede socavar la confianza y provocar frustración. Es imprescindible que todos los servicios a los que se pueda remitir a las mujeres lactantes reciban orientación sobre la ALNP-E y cuenten con un conjunto mínimo de competencias tipificadas.</p>	<p>Vías de remisión. Las remisiones a los servicios de asesoramiento se pueden realizar a través de i) detección sistemática proactiva con una herramienta de ERS, ii) detección de factores de riesgo vinculados a los problemas de lactancia materna durante la atención prenatal, iii) remisión por parte de proveedores/as de servicios sensibilizados/as (por ejemplo, personal sanitario que presta servicios relacionados con la infección por el VIH), iv) consulta espontánea por parte de las personas cuidadoras³³ (véase el apartado 4.1: DESTINATARIOS/AS DEL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA para obtener más información).</p>

4.2 PROGRAMACIÓN Y FRECUENCIA DEL ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Segunda recomendación de la OMS

El asesoramiento sobre lactancia materna debería brindarse durante todo el período perinatal y prolongarse hasta 24 meses después del parto o incluso más.

Tercera recomendación de la OMS

Deberían celebrarse seis encuentros de asesoramiento sobre lactancia materna como mínimo y tantos como fuesen necesarios a mayores.

³² Orientaciones adicionales: Save the Children con apoyo de miembros del IFE Core Group (2021) Conducting and supporting IYCF-E e-Counseling: Considerations for Planning and Implementation.

³³ Hargest-Slade y Gribble (2015) describen cómo los servicios de asesoramiento se dieron a conocer a través de mensajes en los medios de comunicación tras el seísmo de Christchurch de 2011.

Los seis encuentros de asesoramiento (que se recomiendan como mínimo) no se tienen que celebrar en intervalos regulares dentro del marco temporal sugerido, sino programarse de manera que coincidan con momentos e hitos fundamentales³⁴ de los mil primeros días. El contenido que se facilite en los encuentros de asesoramiento programados y personalizados debería incluir información apropiada a la etapa de la vida que corresponda, además de orientación anticipativa para la siguiente, a fin de preparar a las personas cuidadoras y prevenir posibles problemas. Estas recomendaciones se refieren a los servicios diseñados para extenderse a todas las mujeres embarazadas y lactantes, incluso las que no tengan ningún problema para amamantar. Además, las directrices de la OMS recomiendan que se celebren encuentros adicionales “siempre que sea necesario” (por ejemplo, cuando surja algún problema o inquietud en relación con la lactancia materna) o cuando aparezca la oportunidad de brindar asesoramiento sobre lactancia materna. Consulte la publicación IG-BFC para obtener orientaciones adicionales.

Desafíos y soluciones

- Uno de los principales obstáculos para lograr celebrar los encuentros programados según lo previsto es la **falta de acceso humanitario** (dificultades para llevar los servicios de asesoramiento a las poblaciones afectadas por la emergencia o incapacidad de la población afectada para acceder a los servicios de asesoramiento por cuestiones de seguridad, por ejemplo). El asesoramiento entre pares en el plano comunitario puede facilitar un asesoramiento básico continuado que observe las recomendaciones temporales, especialmente cuando el acceso sea limitado o las poblaciones se encuentren en tránsito (véase el apartado 5: **CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**).
- Hay otros obstáculos que son parecidos a los que surgen al intentar brindar asesoramiento en otras situaciones (véase el **cuadro 2**). Entre ellos, se incluyen **la escasez de recursos, la elevada carga de trabajo y la falta de tiempo de los/as proveedores/as, la falta de información sobre las personas cuidadoras y la motivación y priorización del o la asesor/a y la persona cuidadora**. Las actividades de alcance comunitario (**estudio de caso 6**) y las visitas a domicilio (**estudio de caso 8**) pueden ser muy eficaces para contactar con las personas cuidadoras de forma oportuna y frecuente, pero requieren una gran cantidad de recursos. El asesoramiento “guiado por el/la usuario/a” puede ser también una garantía de que los problemas relacionados con la lactancia materna se aborden a su debido tiempo. Consulte el cuadro 2 para ver una lista de posibles desafíos y las distintas soluciones propuestas.

ESTUDIO DE CASO 8 Aumento de la frecuencia de contacto mediante visitas a los hogares

Entre 2012 y 2017, el personal asesor de Save the Children colaboró con los servicios sanitarios para detectar a las mujeres que acudían a servicios de atención perinatal en los centros sanitarios y les pedían su dirección en el campamento de refugiados de Zaatari. En lugar de esperar a que las madres

volviesen al centro sanitario, el personal asesor visitaba a domicilio a las mujeres que necesitaban asesoramiento. Así, se consiguió incrementar el uso de los servicios de asesoramiento, en comparación con los servicios perinatales prestados en el centro sanitario.

Fuente: Save the Children (Jordania). Entrevistas de informantes clave con antiguos/as miembros del personal (2020)

- **Una emergencia puede durar menos** que el marco temporal cubierto en las directrices, aunque, actualmente, una crisis humanitaria tiene una duración media de nueve años^{xiv}. En crisis prolongadas o crónicas, de más de dos años de duración, los programas de asesoramiento sobre lactancia materna suelen verse entorpecidos por la financiación a corto plazo y los ciclos de programación humanitaria. Se recomienda que los/as responsables de la programación en contextos de emergencia y de no emergencia colaboren desde la preparación hasta la recuperación y la transición, para garantizar la continuidad de la prestación de atención a la díada lactante. La respuesta plurianual y las estrategias de organización, así como los planes de preparación que incluyen asesoramiento sobre lactancia materna, ayudan a garantizar que este siga disponible, de acuerdo con lo recomendado.

Adaptaciones y compromisos

En contextos de emergencia, la prioridad es brindar asesoramiento **cuando más necesario sea** (adecuación temporal) **y tantas veces como sea necesario** (frecuencia).

No se debe disuadir a las personas responsables de planificar y prestar servicios de asesoramiento sobre lactancia materna, aunque pueda no ser factible llegar al mínimo recomendado de seis encuentros de asesoramiento; de ser así, deberá brindarse asesoramiento con la frecuencia que sea posible. Aunque no sea lo ideal, un único encuentro de asesoramiento

³⁴ 1. Antes del parto; 2. Durante e inmediatamente después del parto (los 3 primeros días); 3. Entre 1 y 2 semanas después del parto; 4. A los 3 o 4 meses (lactantes menores); 5. Alrededor de los 6 meses (inicio de la alimentación complementaria); 6. Después de los 6 meses (lactantes mayores y primera infancia) (WHO, 2018).

puede marcar la diferencia^{xiv}, sobre todo en situaciones difíciles o estresantes, cuando recibir comentarios positivos y apoyo emocional tiene un enorme valor, ya que refuerza la confianza de las mujeres en sí mismas y en su capacidad para amamantar. La estrategia del asesoramiento se tendrá que adaptar para centrarse en los problemas más urgentes y los riesgos principales (véase el **estudio de caso 9**). En situaciones de desplazamiento masivo de población, la frecuencia de los encuentros de asesoramiento se puede incrementar si se proporciona a las personas cuidadoras información sobre los servicios disponibles en su trayecto y se notifica a estos servicios la llegada de casos de alto riesgo. El personal asesor también puede solicitar los datos para contactar con la persona cuidadora, de ser posible, y así poder realizar un seguimiento remoto. Se puede maximizar el impacto si se combina el asesoramiento con otras formas de protección, promoción y apoyo multisectorial a la lactancia materna.

En concreto, cuando el movimiento de población es bajo, como en un campamento de refugiados establecido, es muy posible que se pueda brindar asesoramiento un mínimo de seis veces, tanto antes como después del parto, durante 24 meses o incluso más, **sin que sea necesario adaptar** las recomendaciones. Se recomienda celebrar encuentros de asesoramiento oportunos y programados, ya que ayudan a crear una sensación de normalidad y previsibilidad que afecta positivamente al bienestar psicosocial. Para facilitar la continuidad de la atención, también es importante garantizar que, siempre que sea posible, sea el/la mismo/a asesor/a quien se encuentre con la persona cuidadora³⁵.

No obstante, si no es viable ofrecer un asesoramiento programado y personalizado, la prioridad tiene que ser lograr que los grupos de alto riesgo y los que requieran ayuda urgente reciban asesoramiento de manera oportuna. Con estas diádas, los encuentros de asesoramiento deberían celebrarse según lo indicado en el cuadro 4, a continuación.

Cuadro 4: Programación y frecuencia del asesoramiento por grupo prioritario

Grupo	Programación	Frecuencia
Ayuda inmediata (prioridad 1)	La prestación de asesoramiento es urgente para abordar el problema actual.	Tantas veces como sea necesario.
En riesgo (prioridad 2)	El asesoramiento debe prestarse lo antes posible , una vez detectadas las necesidades de asesoramiento, para evitar que los problemas en potencia lleguen a desarrollarse.	Tantas veces como sea necesario.
Todas las mujeres embarazadas y lactantes (prioridad 3)	De acuerdo con la publicación IG-BFC, el asesoramiento se puede prestar en encuentros planificados (por ejemplo, durante una visita prenatal programada o una sesión de asesoramiento en grupo ³⁶). El asesoramiento también puede ser espontáneo o <i>ad hoc</i> (por ejemplo, al ingresar la persona cuidadora en el hospital). Independientemente de si el asesoramiento se presta o no en los momentos sugeridos, siempre se aborda el contenido relevante a la etapa vital de la diáda ³⁷ . Debe darse prioridad al asesoramiento perinatal ³⁸ .	Al menos seis veces, en la medida en la que lo permitan el marco temporal y el contexto de la emergencia.

- Es habitual que los problemas relacionados con la lactancia materna (por ejemplo, dificultades para que el bebé se agarre, pezones agrietados, congestión mamaria, preocupación sobre la producción de leche) surjan en el **puerperio inmediato y precoz**, lo que implica que, si no se solventan con el apoyo adecuado, pueden llevar a un destete prematuro o a un inicio temprano de la suplementación^{xvii, 39}. Por lo tanto, el asesoramiento anticipativo prenatal es importante para todas las mujeres embarazadas. El apoyo en el **puerperio** resulta *especialmente* importante en las situaciones de emergencia, cuando la mayor proporción de partos dolorosos, complicaciones en el parto o separación posnatal (véase el **cuadro 5**) pueden suponer un aumento de las dificultades para establecer la lactancia materna. Como se señalaba en el capítulo 4, apartado 4.1, sobre los/as destinatarios/as del asesoramiento, los recién nacidos y las mujeres con embarazos de alto riesgo

³⁶ Nota: En aquellos contextos en los que sea posible programar actividades (por ejemplo, en los campamentos asentados), pero los recursos humanos sean limitados, la organización de asesoramiento en grupo por cohortes (por ejemplo: embarazo, 0-5 meses, 6-23 meses) puede facilitar la prestación de un asesoramiento relevante y oportuno y la realización de actividades adecuadas (como aprendizaje mediante juego y estímulos) con un gran número de personas cuidadoras (véase el apartado 4.3: MODALIDADES DE ASesoramiento EN SITUACIONES DE EMERGENCIA).

³⁷ Orientaciones adicionales: véase la publicación IG-BFC. También se pueden utilizar materiales de apoyo para ayudar al personal asesor a elegir el contenido relevante.

³⁸ Orientaciones adicionales: IFE Core Group (2021). Infographic on Early Initiation of Breastfeeding in Emergencies.

³⁹ Brown y Shenker (2020) señalaron que, de la encuesta realizada a 1.219 púerperas residentes en el Reino Unido que dieron a luz justo antes de la pandemia de COVID-19 o en sus primeras fases, se extrae que la edad media a la que los bebés empezaron a recibir preparados para lactantes se sitúa en 2,79 semanas, y en 3,15 semanas la edad media a la que se interrumpió la lactancia materna. De las participantes que habían dejado de amamantar, solo el 13,5% afirmaba estar preparada para hacerlo. El principal motivo para dejarlo fue no contar con suficiente apoyo profesional.

son grupos a los que, en situaciones de emergencia, se debe dar prioridad para acceder a un asesoramiento completo. Para ello, es fundamental asegurarse de que los servicios que mantienen un contacto frecuente con las mujeres embarazadas y las puerperas, como los servicios de maternidad y perinatales, disponen de la capacidad de asesoramiento adecuada (véase el apartado 5: CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA).

- Para decidir a qué otros momentos e hitos dar prioridad en la prestación de asesoramiento, habrá que observar el contexto y los hábitos de alimentación más generalizados, según lo establecido durante la evaluación de necesidades y a través del monitoreo. La programación se puede adaptar para ajustarse a otros servicios disponibles (como la atención prenatal o los programas de vacunación).
- Cuando se asesora a una persona cuidadora con algún problema o preocupación, el asesoramiento se hará **con tanta frecuencia como sea necesario**⁴⁰. La prioridad es que la atención se preste en función de las necesidades individuales reales, no alcanzar un número definido de encuentros de asesoramiento con cada persona cuidadora.
- El **seguimiento** es importante, tanto para abordar los problemas como para asegurar el éxito de la intervención^{xviii}. El estrés puede reducir la capacidad de la persona cuidadora de captar y retener información. Es común que converjan múltiples dificultades y se necesita tiempo para forjar una relación de confianza en circunstancias complicadas. Por ello, los encuentros de asesoramiento se pueden celebrar con frecuencia, en intervalos breves, para maximizar sus efectos. La estrategia habitual en situaciones de emergencia implica encuentros periódicos (semanales o mensuales) en los que se ofrece algún tipo de apoyo para la lactancia materna, que puede incluir el asesoramiento. Esta manera de actuar pone en valor el hecho de invertir en la relación entre asesor/a y persona cuidadora, llevarla más allá de lo estrictamente relacionado con las prácticas de lactancia materna, y resulta especialmente adecuada cuando el alcance del apoyo brindado durante los encuentros es más amplio y holístico que el simple asesoramiento sobre lactancia materna (por ejemplo, la programación MAMI o DPI).

ESTUDIO DE CASO 9 Asesoramiento durante desplazamientos masivos

En la primavera de 2015, Save the Children activó una respuesta de primera línea centrada en la ALNP-E, tras la llegada de una cantidad abrumadora de personas refugiadas y migrantes (hasta 8.000 personas al día) a la frontera serbocroata. Las madres vivían una situación de angustia y se enfrentaban a grandes dificultades para proporcionar a sus hijos/as una alimentación segura y adecuada. Se observó que lactantes menores de seis meses recibían leche de vaca, no se medía la cantidad de preparado y agua al preparar la toma y se reutilizaban biberones sin desinfectarlos. La estrategia del gobierno consistía en minimizar los tiempos de tránsito, lo que obstaculizaba la asistencia humanitaria. Las personas cuidadoras solían estar exhaustas y muy nerviosas a causa del desplazamiento constante, por lo que les resultaba más difícil procesar la información. Durante su breve estancia en el campamento de tránsito, había muchas necesidades que abordar en muy poco tiempo. Los niveles de estrés solían verse agravados por la falta de información relativa a los procesos y las horas de salida. Por todo ello, las personas cuidadoras solían estar agobiadas y

centradas en irse. El personal cualificado en primeros auxilios psicológicos trató de crear un entorno tranquilo y confortable en el espacio de asesoramiento. El personal asesor se encargaba de tranquilizar a las personas cuidadoras y facilitar su acceso a los servicios. Save the Children también compuso kits para proporcionar con rapidez los productos esenciales. La falta de coordinación transfronteriza y regional de los agentes encargados de la ALNP-E —y la consiguiente falta de coherencia y tipificación de los servicios— comprometía lo que se podía conseguir en términos de minimización de riesgos y promoción de prácticas más seguras. Con frecuencia, las personas cuidadoras estaban agotadas y los diferentes mensajes, materiales y productos que les proporcionaban los distintos agentes solo contribuían a desorientarlas. Por todo lo anterior, la estrategia de asesoramiento de Save the Children consistió en aceptar los hábitos de alimentación y centrarse en la gestión y minimización de los riesgos (por ejemplo, en la desinfección de los biberones cuando se rechazaba la alimentación con vaso).

Fuente: Modigell, Fernandes y Gayford (2016). *Save the Children's Rapid IYCF-E Response in Croatia*. Field Exchange 52.

⁴⁰ Por ejemplo, los protocolos de asesoramiento pueden indicar que el seguimiento de una cuidadora en proceso de relactación se realice a diario y se vaya espaciando a medida que aumente su confianza (Burrell et al., 2020). En la descripción del programa C-MAMI desarrollado por GOAL en Etiopía, Murphy et al. (2017) señalan que se puede solicitar que los bebés lactantes con malnutrición aguda acudan a diario si se necesita reforzar el apoyo para contribuir al restablecimiento del bebé y dar apoyo a la madre, o bien se puede realizar un seguimiento semanal antes de la distribución del programa de alimentación suplementaria indiscriminada. Los encuentros de asesoramiento en casos de bebés alimentados por nodrizas (Burrell et al., 2020; Azad et al., 2019) y con SLM se pueden celebrar una vez por semana. El asesor o asesora puede, según su criterio, determinar que es necesario realizar un seguimiento más frecuente.

ESTUDIO DE CASO 10 Asesoramiento perinatal

El inicio temprano de la lactancia materna y el contacto piel con piel tienen un papel fundamental en la disminución de la mortalidad de los recién nacidos y las madres, además de mejorar los resultados de la lactancia materna y la capacidad para cuidar de la madre. En el Líbano, la organización International Orthodox Christian Charities (IOCC) ha aplicado la estrategia de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna como parte de su programa de salud y nutrición para la ciudadanía libanesa y las personas refugiadas (principalmente, sirias) desde 2012. Mediante una estrecha colaboración con centros de atención primaria de salud, los/as especialistas en lactancia esperan tener la ocasión de reunirse con las mujeres embarazadas dos o tres veces antes del parto. Si se

programa un parto por cesárea, el asesoramiento se adapta. IOCC ha colaborado con el Ministerio de Sanidad Pública para implementar la iniciativa “Hospitales amigos del niño” en los hospitales seleccionados. Los especialistas en lactancia de IOCC, con experiencia profesional en el ámbito de la obstetricia, visitan los hospitales a diario para prestar apoyo para la lactancia materna a las mujeres inmediatamente después del parto. Si el hospital lo permite, asisten al parto. De no ser así, su atención empieza lo antes posible, ya sea en la sala de partos o tras el alta, y se centra en la evaluación y apoyo de la lactancia materna. Los problemas de lactancia tras el parto se suelen tratar en dos o tres encuentros, pero se puede necesitar alguno más.

Fuente: IOCC (Líbano). Entrevista a un informante clave, 2020.

Duración

El tiempo que se necesita para una sesión de asesoramiento individual varía en función del tipo de encuentro, las necesidades de la diada lactante, las condiciones y la disponibilidad, el contexto, la experiencia y los conocimientos del asesor o asesora, las necesidades de traducción y el alcance del apoyo brindado. **Los encuentros de asesoramiento pueden ser más largos o más frecuentes** en las situaciones de emergencia que en las de no emergencia, ya que es habitual que haya que abordar múltiples necesidades⁴¹ y problemas. En circunstancias muy estresantes, es muy posible que no se lleguen a oír o a comprender plenamente las orientaciones e instrucciones^{xlviii}, lo que haría necesario repetirlas durante el encuentro. Además, la capacidad de comunicación de las personas cuidadoras que han sufrido un trauma puede verse afectada. Es imprescindible tener paciencia para establecer una relación de confianza y entendimiento con las personas cuidadoras cuya confianza se ha visto socavada, que quizás han vivido experiencias dolorosas —que quieran compartir— o que se encuentran en un entorno que no conocen.

Para planificar los servicios en situaciones de emergencia, lo ideal es disponer del tiempo suficiente para establecer una relación de confianza y realizar una evaluación exhaustiva (**anexo B**) en el primer encuentro. Puede que, en algunos contextos, se haga necesario mantener encuentros más breves y no sea posible realizar la evaluación exhaustiva (por ejemplo, en caso de un desplazamiento masivo; véase el **estudio de caso 9**).

RECUADRO 4 Mensajes clave relativos a la programación y la frecuencia del asesoramiento sobre lactancia materna

1. Utilizar las ERS para realizar un cribado de todas las madres o personas cuidadoras de lactantes y niños/as pequeños/as en poco tiempo
2. La prioridad es lograr que los grupos de alto riesgo y los que requieran ayuda urgente reciban asesoramiento de manera oportuna
3. La frecuencia y la duración de los encuentros de asesoramiento variará según el caso
4. Las actividades de seguimiento son importantes y es probable que se realicen frecuentemente, a intervalos breves, durante las situaciones de emergencia

4.3 MODALIDADES DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Cuarta recomendación de la OMS

El asesoramiento sobre lactancia materna debería prestarse de manera presencial. Podría prestarse, *además*, a través del teléfono o de otras modalidades de comunicación remota.

⁴¹ Nota: necesidades que van más allá del asesoramiento sobre lactancia materna; es posible que las personas cuidadoras no se muestren receptivas al asesoramiento sobre lactancia materna hasta que el personal asesor los/as ponga en contacto con otros servicios que cubran sus necesidades básicas de sobrevivencia.

El asesoramiento presencial se puede brindar en el ámbito **del hogar, comunitario⁴² o sanitario**, con un formato **individual o en grupo** (véase el **estudio de caso 11**). El asesoramiento en grupo resulta especialmente adecuado para abordar problemas comunes y prácticas mejorables en contextos en los que los recursos son limitados y las necesidades, abundantes, como los contextos humanitarios. Puede tener consecuencias beneficiosas sobre el bienestar de las madres, al propiciar el intercambio de experiencias y el apoyo mutuo. El asesoramiento individual debe seguir estando disponible para dar respuesta a las necesidades particulares.

ESTUDIO DE CASO 11 Asesoramiento en grupo mixto

Tras el tifón Ondoy en 2009, el equipo de apoyo de expertas en lactancia materna (BESTeam) de Arugaan visitó a las comunidades afectadas con su unidad móvil. Todos los miembros de la comunidad, incluidos los padres (a cargo de quien solían estar las decisiones), adolescentes y líderes comunitarios, eran bienvenidos como observadores/as. Todas las madres, independientemente de la alimentación que recibiesen sus hijos/as, se incluían en el asesoramiento en grupo. A las mujeres de niños/as no amamantados/as que, tras escuchar

la información proporcionada por BESTeam y las experiencias positivas de las madres lactantes, decidían emprender el proceso de relactación, se les brindaba de inmediato asesoramiento en materia de relactación y apoyo con el método de relactación por goteo⁴³. Cuando la madre estaba relajada, tras un masaje de lactancia, ofrecía el pecho al bebé. Al presenciar estas actividades, los padres y líderes comunitarios se mostraban más proclives a aceptar y apoyar la lactancia materna.

Fuente: Arugaan (Filipinas). Entrevista a un informante clave, 2020

En las directrices, se señala que el **asesoramiento telefónico y el que se presta utilizando otras tecnologías (recuadro 5)** son “opciones complementarias muy útiles” que “pueden empoderar a los/as usuarios/as finales, así como a los profesionales del ámbito sanitario y las personas que prestan asesoramiento entre pares o sin tener una formación específica para ello”. La información compartida en primera persona se puede fortalecer mediante el intercambio de materiales de información, educación y comunicación, como enlaces de vídeo^{xlix,44} enviados a los teléfonos móviles de las personas cuidadoras.

RECUADRO 5 Ejemplos de opciones tecnológicas para el asesoramiento remoto

Solo voz

- Teléfono
- Mensajes de voz

Voz e imagen

- WhatsApp/Facebook Messenger/Instagram/Telegram

Voz y vídeo

- Skype/Zoom/WhatsApp/FaceTime/Facebook Messenger/Signal/Telegram



IOCC

Desafíos y soluciones vinculados al asesoramiento presencial en situaciones de emergencia

- **Durante los desplazamientos y cuando se vive en condiciones de hacinamiento** (por ejemplo, en campamentos o refugios para personas desplazadas), puede que no se disponga de un espacio adecuado para asesorar a las mujeres, lo que tendrá una repercusión negativa sobre el proceso de asesoramiento. En escenarios de alojamiento masivo, los planes de preparación y respuesta deben garantizar la asignación de recursos para constituir espacios de apoyo (por ejemplo, zonas para madres y bebés o espacios amigos de la infancia) donde las mujeres puedan amamantar en condiciones de seguridad y privacidad^{lii}. Estos espacios de apoyo también se pueden utilizar para brindar asesoramiento presencial sobre lactancia materna⁴⁵.
- **Si el acceso es limitado o esporádico** (por ejemplo, en zonas peligrosas o de difícil acceso), el seguimiento puede encargarse a asesores/as comunitarios/as (por ejemplo, asesoras entre pares) o realizarse de manera remota, recurriendo a la tecnología.

En el cuadro 2, se recogen otros factores que pueden dificultar la prestación de asesoramiento presencial a las personas cuidadoras y una serie de posibles soluciones para facilitar la continuidad del asesoramiento.

⁴² Nota: por ejemplo, en los servicios de proximidad móviles o en un espacio de apoyo a la ALNP-E ubicado en la comunidad.

⁴³ Orientaciones adicionales: <https://illi.org/es/news/drip-drop-feeding/>

⁴⁴ Herramientas: <https://globalhealthmedia.org/videos/breastfeeding/>

⁴⁵ Orientaciones adicionales: GNC Technical Alliance (2020) Technical Brief: Supportive Spaces for IYCF-E.



Una facilitadora de nutrición expone un rotafolio colorido que muestra a las madres las posiciones indicadas para la lactancia materna, en una zona para madres y bebés del campo de personas refugiadas rohinyás en Cox's Bazar (Bangladesh)
SAVE THE CHILDREN/DAPHNEE COOK

Adaptaciones y compromisos

El acceso humanitario pleno y sin trabas es un requisito fundamental para la eficacia de la acción humanitariaⁱⁱⁱ. Sin embargo, los ataques sobre el personal humanitario y las hostilidades activas han provocado que, en los últimos años, el acceso a las poblaciones afectadas por conflictos sea cada vez más limitadoⁱⁱⁱ. Las directrices de la OMS señalan que el asesoramiento presencial se puede complementar, *pero no sustituir*, con la prestación de asesoramiento a través del teléfono o utilizando otras tecnologías.

En las situaciones de emergencia en las que:

- i) No haya acceso humanitario ni soluciones inmediatas⁴⁶
- ii) No haya asesores/as adecuados/as⁴⁷ que puedan empezar a trabajar de inmediato en el lugar afectado
- iii) Se hayan activado medidas de salud pública que incluyan el distanciamiento físico (por ejemplo, durante un brote de una enfermedad infecciosa, véase el **estudio de caso 12**),

el asesoramiento remoto podría sustituir total o parcialmente⁴⁸ al asesoramiento presencial, en caso de ser factible⁴⁹.

Mantener el contacto con las personas cuidadoras que, de otro modo, se podrían sentir aisladas o abandonadas puede tener repercusiones positivas sobre su bienestar y, por lo tanto, sobre sus hábitos de cuidado y alimentación. El asesoramiento remoto puede facilitar y agilizar la contratación y capacitación de personal asesor en zonas que no están afectadas por la emergencia, además de ofrecer a las diásporas con necesidades de asesoramiento complejas el apoyo de personal asesor experto con amplios conocimientos. De todos modos, dado que parece que el asesoramiento presencial está mejor valorado por las personas cuidadoras y es más eficaz^{50, liv, 51}, se debe hacer todo lo posible por instaurarlo o retomarlo en cuanto sea posible.

Para ver un resumen de las consideraciones clave y las estrategias para superar los **posibles desafíos vinculados al uso de tecnologías remotas** en los servicios de asesoramiento, consulte el **anexo C**.

⁴⁶ Nota: por ejemplo, si el desarrollo de la capacidad no se tuvo en cuenta durante la preparación, la capacitación remota de asesoras entre pares para establecer e implantar una capacidad de asesoramiento de calidad en las comunidades es una solución que puede llevar tiempo.

⁴⁷ Nota: en el sentido de que tengan las características y competencias requeridas, incluidas las lingüísticas (véase el capítulo 5).

⁴⁸ Nota: lo que quiere decir que el asesoramiento básico se sigue proporcionando de manera presencial, pero el asesoramiento que requiere competencias avanzadas se brinda de forma remota.

⁴⁹ Orientaciones adicionales: Save the Children con la colaboración del IFE Core Group (2021). Conducting and supporting IYCF-E e-Counseling: Considerations for Planning and Implementation.

⁵⁰ Hay pocas investigaciones específicamente centradas en la atención virtual en materia de lactancia (Dhillon y Dhillon, 2020).

⁵¹ Brown y Shenker (2020) señalaron que el 72,6% de las madres encuestadas que dieron a luz en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 afirmaron haber abandonado la lactancia materna por no poder acceder al apoyo presencial a raíz de las restricciones vinculadas a la COVID-19.

ESTUDIO DE CASO 12 Apoyo remoto a la lactancia materna

Al comienzo de las medidas de confinamiento aplicadas en Filipinas durante la pandemia de COVID-19, una madre se dio cuenta de que, en su comunidad, se necesitaba asesoramiento sobre lactancia materna. En respuesta a una publicación en un grupo local de Facebook (la dueña de una tienda se había quedado sin ingresos y ya no se podía permitir comprar preparado para lactantes para su bebé), compartió información sobre la relactación; en cuestión de dos horas, había recibido 35 consultas. Se organizó un equipo remoto con cinco asesoras entre pares y dos pediatras capacitados/as. Se realizó una evaluación rápida y un triaje a través de Facebook Messenger, utilizando una serie de preguntas sencillas para determinar quién era la persona del equipo más indicada para brindar apoyo a cada mujer. La mayoría de las mujeres querían ayuda para aumentar el suministro de leche y algunas querían iniciar el proceso de relactación. Las mujeres que contactaban solían encontrarse en el quintil más bajo de la riqueza y no tenían sacaleches: se enseñaba de forma remota cómo realizar la extracción manual y el masaje de lactancia. El personal asesor se ponía en contacto con ellas a diario o cada dos días, en función de las necesidades. En el período entre llamadas, el personal asesor respondía a las dudas a través de Facebook Messenger. El apoyo intensivo y la disponibilidad ininterrumpida

se mantenían durante unas dos semanas. Las asesoras entre pares repararon en que las mujeres solían estar nerviosas o asustadas cuando establecían contacto, así que, para empezar, las tranquilizaban dándoles algunos consejos prácticos para mejorar su bienestar (por ejemplo, les indicaban cómo mejorar su dieta, aunque sus recursos económicos fuesen limitados) y comentando cómo calmar y tranquilizar al bebé. Muchas de las madres no habían sido las cuidadoras principales de los bebés antes de la pandemia; el personal asesor se dio cuenta de que, aunque era difícil describir los aspectos técnicos de la lactancia materna por teléfono, esta suele suceder de forma natural una vez establecidos el vínculo y la cercanía. Por lo tanto, decidieron adaptar su estrategia y centrarse en reforzar el vínculo y en afianzar la confianza de la madre. Había algunos obstáculos, como los costos, la conectividad o que los teléfonos no tuviesen cámaras; el personal asesor cubría los costos de las llamadas telefónicas, utilizaba un lenguaje descriptivo (partiendo de la capacitación sobre cómo prestar apoyo a personas con deficiencia visual) y hacía preguntas específicas (por ejemplo, “¿dónde tienes las manos?”). Se elaboró un gráfico de baja resolución para hacer frente al problema del costo de la descarga de vídeos.

Fuente: Filipinas. Entrevista a un informante clave, 2020

4.4 ASESORAMIENTO ANTICIPATIVO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Quinta recomendación de la OMS

El asesoramiento sobre lactancia materna debe anticipar y abordar importantes desafíos y distintos contextos para la lactancia materna, además de afianzar aptitudes, competencias y confianza entre las madres.

Adaptaciones y compromisos

En contextos de no emergencia, la orientación anticipativa se centra en instruir a las familias en torno a la anatomía y el funcionamiento habituales de la lactancia, además de prepararlas para el desarrollo y las conductas normales y esperables en los lactantes^{lv, lvi}. En la publicación IG-BFC, se ofrecen sugerencias relativas a la orientación anticipativa que proporcionar en cada etapa de la vida, como, por ejemplo, la preparación para introducir alimentos complementarios. En situaciones de emergencia, la orientación anticipativa *también* incluye (y puede priorizar) la anticipación y gestión de dificultades relacionadas con la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as que sean específicas del contexto de emergencia actual.

Si el personal asesor conoce un contexto de emergencia determinado o una amenaza inminente y es capaz de prever sus efectos negativos o perturbadores para la lactancia materna (**cuadro 5**), puede ayudar a reducir los riesgos y posibles problemas⁵². Por ejemplo:

- Se puede dar por sentado que en cualquier situación de emergencia habrá dudas respecto a la producción de leche^{lvii}. Por lo tanto, las mujeres lactantes deben recibir una orientación anticipativa que incluya los siguientes puntos: las repercusiones que unas circunstancias estresantes y difíciles pueden tener en la conducta de los lactantes; que el estrés no afecta a la

⁵² Nota: especialmente en zonas geográficas con desastres naturales estacionales y predecibles, una acción esencial para la preparación es garantizar que el personal asesor cuente con las aptitudes y los conocimientos necesarios para ofrecer orientación temprana. Las competencias necesarias para ofrecer un apoyo adecuado ante los desafíos específicos de una situación de emergencia se enumeran en el apartado 5: CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA.

producción de leche^{lviii}; la importancia de que la leche se extraiga con eficacia (buena posición y agarre) y frecuencia para mantener la producción; y los indicios fiables de que el/la lactante está recibiendo suficiente leche materna.

- Si un/a asesor/a sabe que se está realizando una **distribución sin control de SLM**, puede asesorar sobre los peligros de introducir SLM en el contexto actual y centrarse en inspirar confianza en torno a la lactancia materna exclusiva.
- Para ayudar a **prepararse para una evacuación** (por ejemplo, en caso de un desastre natural, como un incendio forestal), el personal asesor puede proporcionar orientación anticipativa sobre los suministros básicos que deban llevar consigo las personas cuidadoras de niños/as alimentados/as con SLM⁵³.

RECUADRO 6 Consideraciones programáticas para anticiparse a los obstáculos que pueden dificultar la lactancia materna en situaciones de emergencia

También es importante que las personas encargadas de la toma de decisiones y del diseño de programas, sea cual sea su sector, comprendan qué factores facilitan la lactancia materna y por qué pueden aumentar los problemas de lactancia en un contexto de emergencia determinado, de manera que puedan abordar las causas subyacentes en la medida de lo posible (Hirani *et al.*, 2019). Por ejemplo, en un campamento, la persona encargada del diseño del programa puede anticipar los problemas que podría provocar la distribución sin control de SLM y cooperar con la dirección del campamento para evitarla. De este modo, apoyará la labor del personal asesor en lactancia materna. Hay muchas causas subyacentes que se pueden abordar a través de la colaboración multisectorial para favorecer la creación de un entorno que proteja y fomente la lactancia materna, como se indica en el Marco de acción multisectorial en materia de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia publicado en 2018 por Save the Children y el ACNUR.



Asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia
ARUGAAN (FILIPINAS)

⁵³ Orientaciones adicionales: Gribble y Chad (2019). Evacuating with a baby? Here's what to put in your emergency kit. Artículo en línea - The Conversation.

Cuadro 5: Posibles desafíos a los que se enfrentan las personas cuidadoras en situaciones de emergencia y repercusiones potenciales sobre la lactancia materna

Plano individual (madre, persona cuidadora, lactante, niño/a pequeño/a)		
Posible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
1. Mal estado nutricional y de salud de los/as niños/as	Mayores tasas de enfermedades diarreicas en lactantes tras distribuciones sin control de SLM, mayores tasas de malnutrición en niños/as, mal estado nutricional y de salud al nacer, como bajo peso al nacer o parto prematuro ^{ix} , prácticas de ALNP deficientes antes de la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los bebés lactantes y niños/as pequeños/as gravemente enfermos o malnutridos pueden estar demasiado débiles como para succionar el pecho correctamente. • Puede que subsista la creencia de que hay que suplementar (por ejemplo, con un preparado para lactantes) a los bebés si están enfermos. • Los bebés prematuros o con BPN suelen necesitar apoyo cualificado en materia de lactancia materna para superar problemas como la fatiga y la mayor somnolencia, un volumen de ingesta menor, tomas largas, tomas caóticas, problemas físicos, problemas motores orales (succión débil) y problemas de crecimiento y nutrición.
2. Mal estado nutricional y de salud física de la madre ^{ix}	Alta exposición a factores agravantes, como la inseguridad alimentaria, las enfermedades y el saneamiento deficiente, mayores tasas de morbilidad y mortalidad, así como mayores tasas de infección por el VIH entre mujeres y chicas adolescentes ^{xi}	<ul style="list-style-type: none"> • El empeoramiento del bienestar de la madre reduce su capacidad para alimentar y atender a sus hijos/as de manera receptiva. La madre puede amamantar con menos frecuencia o reducir la duración de las tomas. Esto genera estasis de la leche, un mayor riesgo de congestión, el bloqueo de los conductos y mastitis y, a la larga, una reducción gradual de la producción de leche. • Es probable que las mujeres lactantes cuya nutrición se ha visto afectada tengan dudas sobre la cantidad y calidad de su leche materna^{ix, xii, xiii, xiv}, pese a que ni la producción de leche ni su calidad se suelen ver afectadas, salvo en casos de malnutrición grave. • La malnutrición materna durante el embarazo aumenta la tasa de complicaciones asociadas al embarazo y el parto (por ejemplo, partos prematuros), con las consiguientes dificultades para establecer la lactancia materna (véase el punto 1). • Las madres que se hallan incapacitadas por enfermedad o malnutrición grave pueden necesitar apoyo físico para la lactancia o la extracción de leche. • En caso de enfermedad o brote epidémico, a las personas cuidadoras les puede asustar la posibilidad de que su hijo/a se contagie^{xv} (por ejemplo, fiebre hemorrágica del Ébola, cólera, etc.). • En caso de brotes de enfermedades infecciosas, es posible que las madres quieran continuar o retomar la lactancia materna para proteger a sus bebés^{xvi, xvii}. • Las mayores tasas de mortalidad materna implican una mayor cantidad de lactantes no amamantados. • Es posible que sea necesario realizar más intervenciones de PTMI^{xviii}. Las madres que viven con el VIH necesitarán asesoramiento sobre alimentación de lactantes en contextos de emergencia. En caso de carecer de medicamentos antirretrovíricos, las madres que viven con el VIH pueden necesitar asesoramiento adicional para afianzar la importancia de la lactancia materna para la supervivencia de los/as niños/as, además de apoyo para amamantar de forma segura. • El miedo que las familias o el personal sanitario puedan tener a la transmisión del VIH puede provocar respuestas inadecuadas, como la elusión de la lactancia materna (de hijos/as biológicos/as o no) si no hay pruebas disponibles y la solicitud o el ofrecimiento de SLM^{xix}.

continúa...

Cuadro 5 (continuación)

Posible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
3. Escasa información sobre la lactancia materna y difusión de mitos y falsas creencias al respecto ^{54, box, boxd, boxii, boxiii}	Falta de comprensión de las recomendaciones sobre ALNP-E entre el equipo de respuesta, incluido el personal sanitario que atiende la salud de las madres, recién nacidos y niños/as ^{boxiv} ; consejos contradictorios o promoción y prescripción inadecuadas de SLM; mensajes en los medios desalentadores y perniciosos ^{boxv} ; difusión de mitos y falsas creencias	<ul style="list-style-type: none"> • La confianza de las mujeres en su capacidad para amamantar a su bebé de forma segura y adecuada se tambalea, lo que afecta a la percepción de la eficacia en torno a la lactancia y al bienestar de las madres. • Una mala comprensión de las necesidades de las mujeres lactantes y sus hijos/as en situaciones de emergencia conduce a que, por ejemplo, los medios de comunicación soliciten donativos de SLM (véase el punto 14). • El hecho de transmitir información o consejos inadecuados a las madres conduce a hábitos de alimentación inapropiados.
4. Mayor cantidad de personas cuidadoras y lactantes con discapacidades que afectan a la alimentación	Discapacidades temporales, como heridas que impiden a una madre sostener o amamantar a su bebé ^{boxvi} ; factores ambientales o nutricionales que pueden generar mayores tasas de malformaciones congénitas (como fisura palatina) en recién nacidos ^{boxvii, boxviii}	<ul style="list-style-type: none"> • Mayores niveles de lactantes no amamantados/as si no hay especialistas en lactancia materna disponibles para brindar apoyo. • Los niños/as con discapacidades que afectan a la alimentación pueden requerir asesoramiento cualificado sobre lactancia materna para superar problemas como la alimentación ineficaz, el mayor riesgo de aspiración, problemas motores orales, sensibilidades sensoriales y problemas de crecimiento y nutrición^{boxix}.
5. Repercusiones negativas sobre la salud mental y el bienestar psicosocial de las madres ^{boxx, boxxi, boxxii}	Mayor grado de exposición a experiencias traumatizantes; aumento de la VG; pérdida de seres queridos; preocupación extrema por parte de las personas cuidadoras con respecto a las necesidades más inmediatas de los/as niños/as a su cargo, como comida, agua, refugio o atención médica; falta de acceso a servicios de seguimiento del crecimiento o el peso del bebé; descomposición de las redes sociales o las estructuras familiares y aislamiento social; colapso de las redes sociales y los servicios de apoyo posparto o imposibilidad de acceder a los mismos ⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Se reduce la capacidad de la persona cuidadora para atender y alimentar de forma receptiva al niño o niña a su cargo. La madre puede amamantar con menos frecuencia o reducir la duración de las tomas. • La adrenalina de la madre inhibe el reflejo de emisión de leche, lo que ralentiza el flujo de leche y puede llevar a la conclusión errónea de que hay algún problema con el suministro^{boxxiii, boxxiv, boxxv}. • El malestar de las madres puede aumentar el nerviosismo de los bebés, la frecuencia de las tomas, los despertares nocturnos y la ansiedad al separarse de la madre, rasgos que las madres suelen relacionar con problemas en el suministro de la leche^{boxxvi}. • Las creencias respecto a las repercusiones de amamantar en situaciones de estrés o angustia sobre el bienestar de los lactantes y la calidad de la leche materna pueden estar muy extendidas^{boxxvii, boxxviii, 56, boxxix}. • La depresión puede interferir en el vínculo entre la madre y el bebé y provocar la interrupción temprana de la lactancia materna^{xc}. Las madres que sufren depresión son menos proclives a pedir ayuda, también con la lactancia. • Un alto grado de ansiedad puede llevar a las madres a mantener a sus bebés más cerca de lo habitual, lo que implica que las tomas sean más frecuentes y provoca el inicio temprano de la lactogénesis 2^{xcii} (en el caso de recién nacidos). • El trauma, el miedo y la ansiedad hacen más difícil aprender a amamantar y atender a un bebé (las madres están en modo de sobrevivencia)^{xciii}.

continúa...

⁵⁴ Brown y Shenker (2020); 4,3% de las madres encuestadas en el Reino Unido fueron informadas por personal sanitario de que la lactancia materna podría no ser una opción segura durante la pandemia de COVID-19, lo que motivó en algunos casos la decisión de dejar de lactar.

⁵⁵ Brown y Shenker (2020) constataron que un elevado porcentaje de madres primerizas que habían dejado la lactancia materna consideraban que la falta de apoyo social y emocional había afectado negativamente a su experiencia al respecto. Muchas participantes indicaron que echaban de menos reunirse con otras madres lactantes y socializar en grupos de madres con bebés o con amistades. Muchas mencionaron que se sentían aisladas, lo que repercutía en su bienestar y en su salud mental.

⁵⁶ Pantanella (2018) señala que, si bien los estudios demuestran que la insuficiencia alimentaria rara vez afecta a la cantidad o la calidad de la leche materna que se produce, esta percepción por parte de las madres supone un ingente obstáculo para poder llevar a cabo una intervención vital.

Cuadro 5 (continuación)

Plano doméstico y social		
Posible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
6. Cambios en la rutina y las estructuras familiares, mayor carga sobre las madres	Interrupción de la rutina diaria, largas colas para acceder a servicios (por ejemplo, distribución de alimentos), tránsito constante o frecuente durante el desplazamiento, mayor grado de exigencia sobre las mujeres (por ejemplo, que asuman el papel de cabeza de familia ^{xciii, xciv} , que atiendan a las personas mayores y heridas ^{xcv} o que atiendan a los/as niños/as mayores en el hogar ^{57, xcvi}), cambios en la estructura familiar y la forma de vida de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que las madres cuya rutina se ha visto interrumpida o cuya carga de trabajo ha aumentado espacien o acorten las tomas. • El agotamiento de las madres reduce su capacidad para reconocer y atender las necesidades de los lactantes. • Las madres pueden sufrir la presión de algunos/as familiares para que dejen de amamantar⁵⁸, así como de miembros del personal encargado de prestar los servicios, que pueden ver la lactancia como una carga.
Posible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
7. Falta de privacidad y hacinamiento ^{xcvii, xcvi, xcix, c, ci, cii}	Cambios en las condiciones y forma de vida de la familia, falta de privacidad durante el tránsito motivado por desplazamientos o evacuaciones, hacinamiento en campamentos y albergues, largas colas para acceder a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Es posible que las madres que no se sienten cómodas amamantando en presencia de otras personas (por ejemplo, mientras hacen cola o en un refugio compartido) espacien o acorten las tomas • Las madres que duermen cerca de otras personas (por ejemplo, en refugios saturados) se pueden ver presionadas para introducir el biberón o los SLM por las noches, debido a la falsa creencia de que, así, el bebé llorará menos. • La falta de privacidad puede aumentar el nivel de estrés de las madres y su sensación de decoro, lo que afecta al reflejo de emisión de leche y a su bienestar (véase el punto 5).

continúa...

⁵⁷ Brown y Shenker (2020) señalaron que muchas de las púerperas encuestadas en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 sufrieron ansiedad al tener que establecer la lactancia materna mientras atendían a sus hijos/as mayores, que, en condiciones normales, no estarían en casa.

⁵⁸ De Young *et al.* (2018) indican que, entre las mujeres lactantes que fueron evacuadas durante el incendio forestal de Fort McMurray (Canadá), se mencionaba con mucha frecuencia como un factor estresante la presión que ejercía la familia para que dejaran de amamantar.

Cuadro 5 (continuación)

Plano institucional (prestación de servicios)		
Possible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
8. Mayores niveles de separación de madres y lactantes ^{59, 60, cxiii}	Por ejemplo, la falta de datos o la mala comprensión de las recomendaciones sobre la atención y la alimentación de los lactantes durante brotes de enfermedades infecciosas conduce a la separación innecesaria, la separación recomendada y la interrupción temporal de la lactancia, como en algunos casos de brotes de la fiebre hemorrágica del Ébola ^{cxv} ; separación accidental durante desplazamientos o al declararse un desastre natural; separación forzosa en centros de detención.	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor necesidad de apoyo para la extracción periódica de leche, su almacenamiento y su transporte (sí es viable). Puede ser un proceso duro para las mujeres, tanto desde el punto de vista físico como desde el emocional, especialmente si la separación se debe a una enfermedad. • Con la separación, se interrumpe la lactancia^{cv}, lo que genera un aumento del número de lactantes que no reciben lactancia materna exclusiva o que no son amamantados. • La ausencia de contacto piel con piel, proximidad y lactancia materna influye en las interacciones tempranas entre madre e hijo/a y en la capacidad para cuidar y, por lo tanto, también en la salud mental y el desarrollo del bebé^{cxvi}. • La separación impide la protección de la lactancia materna contra enfermedades infecciosas^{cxvii}. • Las madres pueden experimentar sentimientos negativos (como pérdida de identidad, sensación de fracaso, arrepentimiento, vergüenza, desilusión, duelo y sensación de abandono) cuando la lactancia termina de forma prematura^{cxviii}. La separación magnifica las consecuencias de una lactancia insuficiente sobre la salud de la madre^{cxix}.
9. Mayores tasas de partos complicados o traumáticos y experiencias y prácticas posnatales que no favorecen una lactancia materna eficaz ^{cx, cxii}	Mayores tasas de complicaciones asociadas al embarazo y el parto (como partos prematuros y BPN); mayores tasas de partos traumáticos o dolorosos (como dar a luz en entornos desconocidos o sin el apoyo de la familia o pareja); incremento de la violencia obstétrica ^{cxii} ; falta de acceso a atención cualificada durante el parto y a cuidados obstétricos de emergencia; mayores tasas de partos por cesárea ^{cxiii, cxiv}	<ul style="list-style-type: none"> • El empeoramiento del bienestar de la madre reduce su capacidad para alimentar y atender a sus hijos/as de manera receptiva. • Un parto traumático puede dificultar la lactancia materna, en particular porque puede retrasar la lactogénesis 2, tener efectos negativos sobre las funciones intelectuales o el estado de ánimo e interferir en el vínculo y el apego. La lactancia materna también puede desencadenar la percepción analéptica de un parto traumático o de un episodio de violencia sexual^{cxv}. • Los partos por cesárea, las complicaciones durante el parto y las prácticas poco favorables a la lactancia pueden retrasar el inicio de esta y del contacto piel con piel, además de reducir la frecuencia de las tomas de los recién nacidos, lo que dificulta el establecimiento de la lactancia materna. • Las mayores tasas de mortalidad materna implican una mayor cantidad de lactantes no amamantados.

continúa...

⁵⁹ Brown y Shenker (2020) informaron que de 103 madres encuestadas en el Reino Unido que tenían un bebé en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) durante la pandemia de COVID-19, al 19,4% (n = 20) se les impidió visitarlo debido a las medidas de prevención y control de infecciones (PCI). Se estableció una relación entre no poder visitar al bebé en la UCIN y el hecho de dejar de amamantarlo ($\chi^2 = 44,645$; $P = 0,000$). Al concluir la encuesta, el 80,0% a las que se les dijo que no podían visitar a su bebé habían dejado de dar el pecho, en comparación con el 9,6% de entre las que sí podían visitarlo.

⁶⁰ Gribble *et al.* (2020) descubrieron que durante la pandemia de COVID-19, si bien muchos países siguieron las orientaciones de la OMS que recomendaban mantener juntos a las madres y a los recién nacidos, otros aplicaron políticas de PCI que imponían la separación en el puerperio y desaconsejaban la lactancia materna o la prohibían.

Cuadro 5 (continuación)

Plano ambiental		
Possible desafío vinculado a la emergencia	Ejemplo	Posibles consecuencias sobre la lactancia materna y el apoyo para la lactancia materna
10. Deficiencia de acceso a suministros destinados a bebés alimentados con SLM ^{cxvi}	Restricciones de seguridad que hacen que sea peligroso desplazarse a mercados o tiendas para comprar SLM; cadenas de suministro interrumpidas o dañadas; acoso; escasez debido a movimientos de compra causados por el pánico tras la declaración de medidas de emergencia ^{cxvii} ; reducción del poder adquisitivo ^{cxviii}	<ul style="list-style-type: none"> Las madres pueden querer retomar la lactancia materna para pasar de la lactancia mixta a la exclusiva y reducir el uso de preparados para lactantes^{cxix}.
11. Mayores restricciones, controles y violencia por razón de género ^{cxix, cxci}	No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> El abandono de niños/as nacidos/as a consecuencia de embarazos no deseados o violaciones^{cxixi} puede conllevar el incremento de lactantes no amamantados. La lactancia materna puede resultar difícil o angustiosa para las sobrevivientes de violencia sexual (podrían, por ejemplo, experimentar percepciones analépticas). La violencia de pareja se asocia a dificultades para amamantar^{cxixii}. Las mayores tasas de matrimonio precoz e infantil incrementan el riesgo de complicaciones durante el parto y de desenlaces clínicos indeseables del embarazo, con los consiguientes problemas de lactancia entre las madres jóvenes.
12. Servicios inadecuados de agua, saneamiento e higiene (WASH)	No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres pueden minimizar la ingesta de líquidos por no tener acceso a agua potable o a unas instalaciones sanitarias salubres (por ejemplo, en los pasos fronterizos^{cxixiv} y en el transporte para la evacuación), lo que provoca deshidratación grave y una reducción temporal del volumen de leche materna. Dificultades para limpiar correctamente el equipo para preparar y suministrar el SLM^{cxixv} y los sacaleches^{cxixvi}, así como para preparar en condiciones higiénicas la preparación en polvo para lactantes. Mayor riesgo de malnutrición y diarrea entre los lactantes.
13. Mayores niveles de toxinas ambientales ^{cxixvii} (por ejemplo, en el agua de crecidas) o contaminación radiactiva ⁶¹	No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> Las madres pueden tener dudas sobre si la lactancia materna es segura^{62, cxixviii}. Las madres pueden tener dudas sobre si los alimentos disponibles son seguros.
14. Donaciones y distribuciones sin control de SLM ^{cxixix, cxixx, cxixxi, cxixxii, cxixxiii, cxixxiv, cxixxv, cxixxvi, cxixxvii, cxixxviii}	No se aplica	<ul style="list-style-type: none"> La distribución indiscriminada de preparado para lactantes transmite un mensaje negativo sobre la lactancia materna y socava la confianza de las madres en su capacidad para amamantar^{cxixxix}. Mujeres que habitualmente optarían por la lactancia materna pueden interrumpirla o introducir SLM. Las tasas de diarrea son mayores entre niños/as que consumen SLM donados^{cxl}, lo que afecta tanto a su salud como al bienestar de las madres (estrés).

⁶¹ Ishii *et al.* (2016) encontraron que de 16.001 mujeres que habían dado a luz alrededor de la época del gran terremoto del Japón y el posterior incidente de la central nuclear de Fukushima, el 20,3% de las mujeres que alimentaron a sus bebés con preparado para lactantes lo hicieron a raíz de estar preocupadas por la posible contaminación radiactiva de la leche materna. Se estableció una relación entre el uso de preparado para lactantes con el hecho de residir en la zona de evacuación y la interrupción de la atención prenatal. Los autores señalaron la importancia del apoyo a la lactancia materna tras el accidente nuclear.

⁶² Brown y Shenker (2020) informaron que el 22% de las madres encuestadas que dieron a luz en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 declararon que en su decisión de dejar de amamantar había influido la preocupación sobre la seguridad de la lactancia materna.

ESTUDIO DE CASO 13 Experiencias de lactancia materna durante una emergencia de salud pública

Durante la pandemia de COVID-19, en el Reino Unido se decretó un confinamiento y se impusieron medidas de distanciamiento físico para reducir la propagación del virus. Una encuesta en línea a 1.219 madres lactantes dio a conocer dos experiencias sumamente distintas: el 41,8% de las madres consideraron que el confinamiento protegía la lactancia materna, pero el 27,0% tuvieron una experiencia negativa al respecto. Algunos de los efectos positivos del confinamiento que se comunicaron fueron disponer de más tiempo para centrarse en la lactancia materna, tener menos visitas y más intimidad, una alimentación más receptiva, más apoyo de la pareja y tardar más en volver al trabajo fuera del hogar. El 18,9% de las encuestadas dejaron de amamantar (con una edad media del bebé de 3,15 semanas), aunque solo el 13,5% de las integrantes de este grupo aseguraron que estaban entonces preparadas para hacerlo. Una elevada proporción de las integrantes del grupo que había detenido la lactancia materna consideraba que la falta de acceso a apoyo social y emocional durante el confinamiento

(por ejemplo, ausencia de visitas, cancelación de reuniones de grupos de madres con bebés) había repercutido negativamente en su experiencia. Otros efectos negativos fueron la falta de apoyo presencial a la lactancia materna, el estrés que conllevaba intentar compaginar la atención a niños mayores sin apoyo familiar, la intensa atención que requería la lactancia materna (sensación de agobio), la falta de experiencia en cuanto a la lactancia materna en público (sensación de preocupación por tener que amamantar en el futuro ante desconocidos) y las presiones laborales. Estas presiones laborales afectaban especialmente a las profesionales sanitarias, que señalaron que la elevada carga horaria y la incomodidad de los equipos de protección personal (EPP) provocaban congestión o disminución de la producción de leche. Las investigadoras concluyeron que los resultados obtenidos eran fundamentales para comprender cómo se puede apoyar a las mujeres que se sientan afligidas por haber dejado la lactancia materna y las que se vean afectadas por sus experiencias negativas en ese sentido.

Fuente: Brown y Shenker (2020), "Experiences of breastfeeding during COVID-19: Lessons for future practical and emotional support".

RECUADRO 7 Consideraciones programáticas: servicios integrados de asesoramiento y SMAPS

Las embarazadas, las madres y los lactantes corren un mayor riesgo de sufrir dificultades de índole psicosocial y relacionadas con la salud mental durante las emergencias^{cxli}. La experiencia de una mujer con la lactancia materna y el apoyo que recibe para esta pueden afectar positiva o negativamente a su salud mental, lo que a su vez quizá repercuta en su capacidad para reaccionar ante las necesidades de alimentación y cuidados del bebé. La estrecha relación que existe entre la salud mental y la lactancia materna obliga a considerar la integración de los servicios de apoyo psicosocial y para la salud mental y de asesoramiento^{cxlii}.

Incorporar las actividades de apoyo psicosocial y para la salud mental en sistemas más generales casi siempre incrementa el acceso, conlleva menos estigma^{cxliii} y puede multiplicar los resultados sectoriales,

Un componente importante del asesoramiento es la atención a la salud emocional de la cuidadora. Los programas de asesoramiento sobre lactancia materna deben diseñarse y aplicarse teniendo en cuenta el bienestar psicosocial de las cuidadoras. El asesoramiento debe prestarse en espacios cómodos y acogedores, que faciliten la relajación. Es importante que las personas asesoras se concentren en mostrarse tranquilas y amables, ayudar a las cuidadoras a sentirse seguras, tranquilizarlas de forma realista y no obligarlas a hablar, sino escuchar activamente cuando hablen^{cxliv}. Las herramientas que evalúan tanto las prácticas alimentarias como el bienestar psicosocial de la díada cuidadora-bebé proporcionarán una imagen más completa de sus necesidades (anexo C). Cuando se disponga de la capacidad necesaria, los/as asesores/as pueden prestar directamente apoyo psicosocial y para la salud mental. Por ejemplo, unas sencillas intervenciones de relajación para madres lactantes pueden influir positivamente en el comportamiento y el crecimiento del bebé^{cxlv}. Una alternativa es que los servicios de apoyo psicosocial y para la salud mental y de asesoramiento estén ubicados en el mismo lugar y se coordinen bien, para que las cuidadoras puedan acceder fácilmente a ambos. El personal de ALNP-E y de apoyo psicosocial y para la salud mental puede facilitar conjuntamente las actividades de asesoramiento en grupo. Incluso cuando existan mecanismos de remisión entre los servicios de asesoramiento y los

de apoyo psicosocial y para la salud mental, resulta útil que los/as asesores/as sobre lactancia materna reciban formación acerca de la prestación de **atención centrada en el trauma y primeros auxilios psicológicos** (véase el apartado 5: **CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**). Es menester consultar a intermediadores culturales locales para comprender qué problemas de salud mental hay en la zona afectada por la emergencia y orientarse al respecto.



Varias madres cuentan sus experiencias durante el tifón Haiyan en un espacio para mujeres y niños/as pequeños/as.

WORLD VISION/MONALINDA KADIZ

ESTUDIO DE CASO 14 Asesoramiento sobre lactancia materna desde una perspectiva psicosocial

Desde 2017, Acción contra el Hambre ha puesto en funcionamiento espacios adaptados a los bebés en campamentos de refugiados de Etiopía, en los que se llevan a cabo intervenciones psicosociales a medida destinadas a mejorar la salud y el bienestar materno-infantil de las personas asistentes. Estos espacios disponen de psicólogos y trabajadores psicosociales que velan por que sean espacios seguros, lo que permite optimizar las prácticas de lactancia materna y la prestación de apoyo psicosocial en un entorno integral favorable para las madres y los niños. En este contexto, el programa de espacios adaptados a los bebés también se considera una intervención que tiene en cuenta la nutrición, para prevenir la malnutrición infantil y ayudar a los niños malnutridos menores de 2 años a recuperarse. Cuando las madres ingresan, se les hacen entrevistas para obtener datos sobre cuestiones relacionadas con la lactancia, el embarazo y el bienestar, y también para recabar otro tipo de información importante relacionada con la salud. Se integran elementos del enfoque MAMI. A partir de la entrevista, se invita a las madres a participar con los bebés en las actividades recomendadas,

como debates en sesiones de grupos de relajación sobre desarrollo infantil, baño y masaje del bebé y asesoramiento sobre lactancia materna. El enfoque psicosocial de la lactancia materna implica, más allá de las prácticas al respecto, observar de manera crítica las prácticas diarias habituales de las madres, como la estimulación del niño, la higiene, el apego emocional y el establecimiento de vínculos afectivos. Se hacen reuniones periódicas de seguimiento individualizadas con todas las madres, en las que se analiza su bienestar psicosocial y cómo este puede estar afectando su capacidad para cuidar a sus bebés o a sí mismas. Hay personal formado que proporciona apoyo emocional y fomenta la confianza de las madres en sus propias capacidades. Un estudio^{cxvi} llevado a cabo en 2018 en colaboración con la Universidad Johns Hopkins reveló que, en un período de dos meses, se habían observado mejoras en todos los ámbitos de la lactancia materna y reducciones estadísticamente significativas en los signos de dificultad para proporcionarla, en términos de posición corporal, respuesta, establecimiento de vínculos emocionales, anatomía y succión. La salud mental materna también mejoró.

Fuente: Acción contra el Hambre, Etiopía. Correspondencia por correo electrónico, 2020

5. CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Este apartado se centra en cómo determinar y desarrollar la capacidad de los recursos humanos que pueden prestar asesoramiento en una situación de emergencia. Para poder contar con la capacidad de asesoramiento adecuada, es necesario saber 1) quién puede brindar asesoramiento (prestadores/as de servicios) y 2) qué conocimientos y destrezas (competencias) se necesitan para realizar esta tarea con eficacia en una situación de emergencia. También es importante el siguiente paso, la realización de una **evaluación y mapeo de las capacidades**, a fin de saber quiénes pueden responder a la emergencia y qué competencias ofrecen en relación con las que se requieren. El último paso consiste en implementar un **plan de refuerzo de capacidades**, con el propósito de abordar las carencias detectadas durante la evaluación de capacidades. Los pasos se describen a lo largo de este capítulo.

Si bien las actividades de refuerzo de capacidades, como la capacitación, pueden contribuir de manera efectiva a la oportuna restauración y fortalecimiento de los servicios en situaciones de emergencia^{cxvii} (**estudio de caso 16**), las iniciativas relativas al **desarrollo de capacidades** no se deben limitar a la capacitación, sino que deben servir para respaldar y empoderar al personal asesor en sus funciones^{cxviii}. Ejemplos de ello serían la elaboración de políticas en materia de lactancia materna, la incorporación de indicadores de lactancia materna en los sistemas de información sanitaria, la disponibilidad de protocolos para la remisión y el asesoramiento, la garantía de que el personal asesor tendrá acceso a la asistencia técnica adecuada y la mejora del suministro de productos básicos, incluidos los SLM, en caso de ser necesarios. La publicación IG-BFC contiene más orientaciones relativas al desarrollo de capacidades.

5.1 PERSONAS ENCARGADAS DE LA PRESTACIÓN DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

Sexta recomendación de la OMS

El asesoramiento sobre lactancia materna debe proporcionarse como una prolongación de la atención, a cargo de profesionales sanitarios debidamente formados y asesoras no profesionales comunitarias y que también amamenten.

En las situaciones de emergencia, es necesario contar con personal asesor, supervisor y capacitador para garantizar la prestación de asesoramiento. Tanto los profesionales (por ejemplo, las comadronas) como los paraprofesionales (por ejemplo, quienes prestan asesoramiento entre pares) del ámbito sanitario pueden ser asesores/as de lactancia materna (figura 2). La elección de la persona indicada para brindar asesoramiento sobre lactancia materna en una respuesta de emergencia variará de manera considerable en función de qué prestadores/as y servicios ofreciesen asesoramiento antes de la emergencia y de cómo se hayan visto afectados/as. Puede haber 1) equipos preexistentes que ya brindasen asesoramiento antes de la emergencia, 2) equipos preexistentes que pueden añadir el asesoramiento a sus tareas y 3) nuevos equipos que puedan crearse.

Figura 2: Posibles personas encargadas de la prestación de asesoramiento: funciones y responsabilidades

Profesionales sanitarios	Paraprofesionales	Otras personas que brindan apoyo a la lactancia materna
<p>Profesionales del sistema de salud, como médicos, comadronas, enfermeras perinatales, personal consultor de lactancia materna, nutricionistas, psicólogos, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formados/as y encargados/as de proporcionar asesoramiento, <i>principalmente</i> en los centros de salud • <i>Es posible</i> que también trabajen en los hogares y en la comunidad • <i>Pueden</i> tener muchas otras responsabilidades además del asesoramiento • <i>Pueden</i> tener competencias avanzadas en materia de asesoramiento, incluidos aspectos de la gestión de la lactancia que requieren conocimientos y aptitudes clínicas • Buen conocimiento del sistema de salud y vínculos con este 	<p>Asesores/as de lactancia no profesionales y otras madres que ejerzan de asesoras, por ejemplo, como facilitadoras de grupos de apoyo entre pares, trabajadores sanitarios comunitarios, parteras tradicionales, trabajadores psicosociales, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formados y encargados de proporcionar asesoramiento, <i>principalmente</i> en los hogares y en la comunidad • <i>Pueden</i> trabajar también en los centros de salud • <i>Pueden</i> tener competencias avanzadas en materia de asesoramiento que no requieren conocimientos y aptitudes clínicas • Buen conocimiento de la comunidad y vínculos con esta 	<p>El personal de primera línea, como educadores de ALNP, voluntarios, movilizadores, promotores de la higiene, trabajadores sociales del ámbito de la protección infantil, integrantes de equipos de respuesta inicial, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formados y encargados de proporcionar apoyo y llevar a cabo actividades de promoción general de la lactancia materna, lo que incluye la detección y la remisión (ERS)
Detección y asesoramiento	Detección y asesoramiento	Detección, formación y apoyo general

En aquellas circunstancias en las que el sistema local no se pueda hacer cargo de todo, consulte los planes de preparación disponibles y considere desplegar al personal asesor a través de mecanismos para casos de emergencia (por ejemplo, listas de asesores/as, grupos de la sociedad civil), trasladar temporalmente a personal nacional de zonas que no se hayan visto afectadas o contratar personal nuevo. Las cualidades que se buscan en el personal asesor están recogidas en el cuadro 8.



RECUADRO 8 Cualidades deseables en el personal asesor

En la publicación IG-BFC se describen las características que, de preferencia, deben poseer las personas que proporcionan asesoramiento, entre las que cabe mencionar tener un perfil similar a las de aquellas a las que va dirigido, hablar el mismo idioma y estar familiarizadas con las costumbres culturales y sociales locales. Puede ser útil poseer experiencia personal en lactancia materna. Estos son otros aspectos esenciales en situaciones de emergencia:

- **Motivación.** La disposición y el compromiso de responder en una situación de crisis son requisitos fundamentales^{cxlix}.
- **Aceptación.** Puede resultar difícil encontrar personal que reciba la aceptación tanto de las autoridades locales como de la población afectada. Por ejemplo, en algunos contextos las parteras tradicionales gozan de aceptación entre las comunidades, pero no por parte de los sistemas de salud nacionales. Una solución que puede mejorar la aceptación de los servicios de asesoramiento por parte de la comunidad es colaborar con las comunidades y las autoridades locales para que las parteras tradicionales trabajen con el personal asesor (proporcionándole acompañamiento).
- **Sensibilidad ante los conflictos y conocimiento del contexto.** Debe tenerse en cuenta la seguridad de las personas asesoras en el ejercicio de la función que vayan a desempeñar. Cuando haya capacidad de refuerzo mediante la movilización de asesores/as de otros lugares, habrá que prestar especial atención a los matices de la cultura, las costumbres y el idioma. Especialmente en un contexto de conflicto, hay que tener en cuenta las causas que originaron el conflicto a la hora de enviar a personas asesoras (no hacer daño) y ser conscientes de la posible desconfianza que tendrá la comunidad hacia el personal que presente determinadas características.
- **Género.** Dotar a un programa de personal mayoritariamente femenino puede resultar difícil en contextos en los que los esposos tal vez prohíban trabajar a sus mujeres o no se considere socialmente aceptable que las mujeres trabajen, viajen o visiten otros hogares sin ir acompañadas. A todo ello puede dársele solución implicando a los líderes comunitarios y religiosos, estableciendo en la planificación que las asesoras trabajen en parejas y llevando a cabo las contrataciones mediante asociados locales de confianza y aceptados por la comunidad. Los servicios de asesoramiento deben ser conscientes de que parte de las asesoras necesitarán licencias por maternidad y de que algunas no volverán a trabajar después de casarse o de dar a luz, y contemplar dicha circunstancia en su planificación. Sobre todo cuando se trabaja en condiciones de emergencia, a las propias asesoras puede resultarles complicado practicar la lactancia materna como se recomienda. Las políticas favorables a la familia y a la lactancia materna, como las licencias de maternidad remuneradas, el acceso a guarderías, las pausas para la lactancia y los espacios dedicados a la lactancia y la extracción de leche materna, promueven la igualdad de género y favorecen la participación de las mujeres en el mercado laboral^{cl}.
- **Personal de asesoramiento expatriado.** Dependiendo de proveedores expatriados plantea problemas relativos a la sostenibilidad a largo plazo, la eficacia en función de los costos y la pertinencia cultural de los servicios. Si son temporalmente necesarios como último recurso (por ejemplo, durante un desplazamiento masivo internacional), hay que cerciorarse de que sean culturalmente competentes (véase el apartado 5.2: COMPETENCIAS PARA EL ASESORAMIENTO) y de que parte de su función sea fortalecer la capacidad local.
- **Idioma.** Cuando las asesoras disponibles no hablen el idioma (o dialecto) de la población afectada por la emergencia (como puede ser el caso en contextos de personas desplazadas internas o refugiadas), se puede recurrir —como solución provisional— a intérpretes o a una modalidad de asesoramiento a distancia, si bien ambas pueden dificultar la comunicación y que se establezca una relación entre asesores/as y cuidadoras. A la hora de contratar intérpretes, debe prestarse suma atención a sus características sociodemográficas (por ejemplo, sexo, edad, etnia). Es importante que los intérpretes reciban formación sobre conceptos como “lactancia materna exclusiva”, que quizás no sean fáciles de traducir y comprender en otros idiomas. Debe crearse capacidad de asesoramiento en la comunidad afectada lo antes posible.

Se conseguirá una mayor repercusión si se establece una capacidad que permita garantizar la protección, promoción y respaldo de las prácticas de ALNP en el ámbito del hogar, comunitario y sanitario (en la **figura 3** se puede ver un ejemplo de un sistema de tres niveles).

Consideraciones clave para el personal asesor (prestadores/as de servicios) en el ámbito sanitario

El papel de los **profesionales de la sanidad** es fundamental para lograr minimizar los casos en los que se interrumpe la lactancia materna y para fomentarla^{63, 64, cli, clii}, una intervención para la sobrevivencia infantil de bajo costo, gran repercusión y especial relevancia en situaciones de emergencia. El asesoramiento sobre lactancia materna es un componente importante del tratamiento y la recuperación en determinados contextos asistenciales (por ejemplo, en el tratamiento de la desnutrición o la diarrea infantil, en especial en lactantes de menos de seis meses^{cliii}). No obstante, para realizar una buena labor de asesoramiento se necesita tiempo y habilidad. En situaciones de emergencias, es posible que los profesionales del ámbito sanitario:

⁶³ Castillo *et al.* (2016) describen experiencias en Filipinas tras el tifón Haiyan que demostraron que, en situaciones de emergencia, la capacitación del personal sanitario puede mejorar las prácticas de ALNP: tres meses después de la formación en un paquete de atención esencial durante el parto y al recién nacido, las tasas de inicio de la lactancia materna habían aumentado del 50% al 86%.

⁶⁴ Brown y Shenker (2020) informaron que se detectó una relación importante entre la comunicación de que la lactancia materna podría no ser segura y las prácticas de alimentación: existía una mayor probabilidad de que a las madres primerizas que vivían en el Reino Unido durante la pandemia de COVID-19 y que habían dejado de dar el pecho un profesional sanitario les hubiera dicho que la lactancia materna no era segura ($\chi^2 = 18,84$; $P = 0,000$)

- No tengan tiempo para atender a todas las necesidades de asesoramiento
- No den prioridad al apoyo para la lactancia materna, al aumentar la necesidad de servicios de curación
- No dispongan de las competencias necesarias para brindar asesoramiento o no tengan suficientes conocimientos sobre la lactancia

En el cuadro 2, se proponen varias estrategias para superar estos obstáculos. Si los profesionales del ámbito sanitario no han recibido la capacitación adecuada durante la preparación (de acuerdo con lo recomendado en la publicación IG-BFC), puede que no sea posible o recomendable, dado el tiempo que se necesita para lograr la capacitación apropiada, retirarlos/as de sus puestos para proporcionarles la capacitación pertinente durante la fase aguda de una situación de emergencia. En su lugar, deben recibir una *orientación* rápida y constante sobre las recomendaciones fundamentales en torno a la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as e instrucciones generales respecto al apoyo y la promoción de la lactancia materna. Asimismo, tendrán que aprender a detectar y remitir a las díadas que necesiten asesoramiento (por ejemplo, mediante la ERS). De esta manera, estaremos más cerca de garantizar que todas las mujeres embarazadas y lactantes reciban información precisa y unificada y podremos evitar que se menoscabe la lactancia materna⁶⁵. Es importante que parte del personal sanitario desarrolle en cuanto sea posible las capacidades de asesoramiento que requieren conocimientos médicos, a fin de facilitar la correcta atención asistencial a la lactancia (por ejemplo, la prescripción de antibióticos para tratar una mastitis, en caso de ser necesario).

La disponibilidad inmediata de servicios de asesoramiento en el ámbito sanitario se puede garantizar si se **añade personal asesor especializado en ALNP o lactancia materna** a los servicios⁶⁵. La incorporación de personal asesor a los equipos sanitarios permite aunar los servicios médicos y de asesoramiento y contribuye a evitar la creación de sistemas paralelos que podrían reducir la confianza de la comunidad en los servicios sanitarios o debilitar el sistema sanitario. Si los servicios de asesoramiento se prestan a través de sectores distintos al sanitario, es fundamental que haya un claro vínculo con los servicios sanitarios.

En situaciones de emergencia, es importante mantener y, en su caso, fortalecer las iniciativas de protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en los centros sanitarios que ofrezcan servicios de maternidad o perinatales⁶⁶. Los prestadores de servicios de maternidad están en contacto con las poblaciones prioritarias y les pueden ofrecer asesoramiento en momentos críticos; sus acciones pueden tener un gran influjo sobre la experiencia de amamantamiento de una madre y su bebé⁶⁶. Si bien es cierto que es necesario contar con personal asesor específico en los servicios de maternidad, **los/as prestadores/as de servicios de obstetricia** (como comadronas o personal de enfermería obstétrica) deben estar facultados/as (a través del refuerzo de capacidades y la planificación de servicios) para brindar un asesoramiento básico y ofrecer apoyo en la iniciación temprana de la lactancia materna exclusiva^{67, 68, 69, 70}. De acuerdo con las orientaciones generales, en situaciones de emergencia se deben integrar los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural —elaborados por la Iniciativa “Hospitales amigos del niño” (IHAN) impulsada por la OMS y UNICEF— en los servicios de maternidad perinatales^{71, 72}. Los centros sanitarios que cuenten con la acreditación de la IHAN deben garantizar la observancia de sus normas en la medida de lo posible, incluso cuando el contexto de emergencia no permita la evaluación, la acreditación y el monitoreo externos.

⁶⁵ Hargest Slade y Gribble (2011) explican cómo, tras el terremoto de Christchurch de 2011, la primera autora ejerció de asesora de lactancia materna en la unidad de neonatos de un hospital situado en la zona a la que fue evacuada la mayor parte de la población afectada por la emergencia. Después del terremoto, trabajó en el sistema de salud para proporcionar apoyo a las mujeres lactantes evacuadas. La presencia de personas en el sistema de salud que tenían las competencias necesarias para proporcionar un respaldo adecuado a la lactancia materna y a las que se ayudó a hacerlo se consideró un factor imprescindible que hizo posible un apoyo eficaz a las evacuadas lactantes. Este es un ejemplo de una respuesta eficaz de los sistemas de salud en situaciones de emergencia para apoyar a las madres lactantes.

⁶⁶ Nota: Los proveedores de servicios a la maternidad también suelen estar preparados para respaldar la lactancia materna en situaciones de emergencia (están acostumbrados a trabajar con madres y lactantes, familiarizados con sus necesidades y motivados para apoyarles) y normalmente ya han recibido algún tipo de formación sobre lactancia materna.

⁶⁷ Para obtener más orientación, consúltese: IFE Core Group (2021). Infografía: Guía sobre el inicio temprano de la lactancia materna en situaciones de emergencia para quienes prestan servicios de maternidad

⁶⁸ Nota: En una situación similar se encuentran las parteras tradicionales, que pueden desempeñar un papel importante en contextos de elevadas tasas de partos comunitarios.

⁶⁹ Para obtener más orientación, consúltese: <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newborn-health-humanitarian-settings-field-guide/>

⁷⁰ <https://iawg.wpengine.com/wp-content/uploads/2019/07/IAFM-Spanish-web.pdf>

⁷¹ Para obtener más orientación, consúltese: IFE Core Group (2017). “Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers”.

⁷² Un ensayo comparativo aleatorizado por grupos llevado a cabo por Yotebieng *et al.* (2015) en Kinshasa (República Democrática del Congo) constató que una formación básica de dos días (16 horas) de los trabajadores sanitarios sobre los pasos 1 a 9 de la Iniciativa “Hospitales amigos del niño” había aumentado considerablemente el porcentaje de lactancia materna exclusiva (36% frente al 12% del grupo de control) y reducido las tasas de diarrea a los 6 meses de edad. El estudio concluyó que esta intervención breve (sin acreditación), de baja intensidad y baja tecnología era adecuada para una ampliación rápida en entornos de maternidad y podía considerarse un medio para reducir rápidamente la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Consideraciones clave para el personal asesor (prestadores/as de servicios) del ámbito comunitario

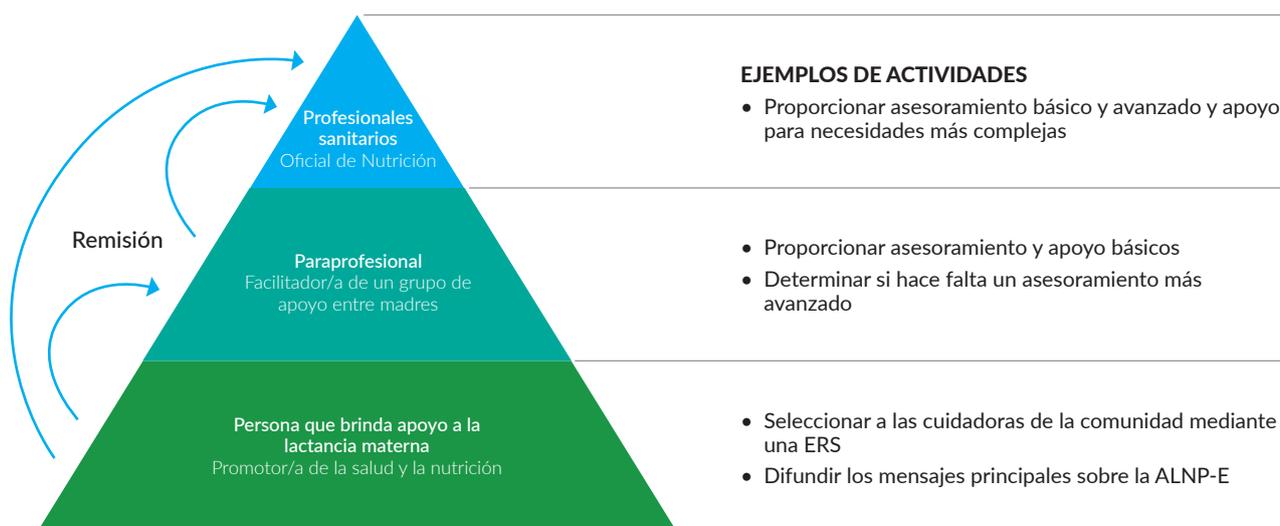
Los/as asesores/as del ámbito comunitario suelen recibir la designación de **asesoras entre pares** o **paraprofesionales**. La respuesta de emergencia se produce principalmente en el plano local, en el que los/as miembros de la comunidad actúan como primer equipo de respuesta^{clvi}. De haberlo, el personal asesor de organizaciones de apoyo comunitario a la lactancia materna es un recurso muy importante que se puede movilizar con rapidez. En muchos contextos de emergencia⁷³, los/as miembros de la comunidad afectada también pueden recibir capacitación para llegar a ser asesores/as de lactancia materna. Las madres con experiencia y motivación también pueden ofrecer asesoramiento entre pares a un número definido de hogares de su comunidad, o bien actuar como facilitadoras en grupos de apoyo entre madres.

Fortalecer la capacidad de asesoramiento en el plano comunitario a través de asesoras entre pares es importante^{clvii} porque:

- Las asesoras entre pares suelen tener una experiencia muy similar a la de las mujeres afectadas por emergencias, lo que puede facilitar la relación y la compenetración y convertirse en una fuente de apoyo social esencial en un momento en el que las redes y estructuras sociales están desbaratadas.
- Si no hay privacidad, las asesoras entre pares pueden ayudar a generar la confianza necesaria para amamantar en presencia de otras personas.
- Se ha demostrado que la capacitación y despliegue de asesoras entre pares puede evitar el uso innecesario de SLM en situaciones de emergencia (véase el **estudio de caso 16**)^{clviii}.
- Instaurar la capacidad de asesoramiento en las comunidades afectadas por emergencias puede mejorar el acceso y la cobertura^{clix}, aliviar la presión sobre unos sistemas sanitarios saturados, ayudar a superar las barreras lingüísticas (especialmente, en el caso de la población refugiada), aumentar la confianza y la comprensión de cuestiones relacionadas con aspectos culturales sensibles^{clx}, permitir la atención simultánea al fortalecimiento de la capacidad local y la creación de servicios más sostenibles^{clxi} y empoderar a las comunidades para que se presten ayuda a sí mismas.

Es fundamental que se mantengan los vínculos con el sistema sanitario (véase la **figura 2**) y que se dé a los/as asesores/as sin formación específica el reconocimiento y el valor que merecen, el acceso a la asistencia técnica, el equipo y los recursos que necesiten para poder brindar asesoramiento de manera segura y eficaz y toda la información respecto a cuándo y cómo remitir los casos más complejos (véase SISTEMAS DE REMISIÓN).

Figura 3: ejemplo de sistema de tres niveles para la prestación de asesoramiento y apoyo a distintas escalas⁷⁴



⁷³ Nota: Poder llevar a cabo intervenciones de asesoramiento de calidad entre pares requiere una inversión considerable en tiempo, formación y una supervisión constructiva. Es poco probable que sea factible hacer dicha inversión durante la fase aguda de una emergencia repentina o en contextos de grandes movimientos de población.

⁷⁴ Nota: Este es un ejemplo de prestación de asesoramiento y apoyo que comienza con una ERS comunitaria y remite a las madres a servicios de distintos niveles en función de las dificultades y del asesoramiento que necesiten. También pueden darse otras situaciones que incluyan ERS en diferentes niveles.

5.2 COMPETENCIAS PARA EL ASESORAMIENTO

Para poder garantizar la continuidad de la atención, el personal asesor que esté implicado en las iniciativas de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as, proveniente de cualquiera de los sectores y organismos que formen parte de la respuesta de emergencia, debe contar con un **conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento decididas por consenso** (conocimientos y aptitudes). La decisión sobre qué capacidades incluir en este conjunto se puede tomar desde mecanismos de coordinación, como el clúster de nutrición. Fundamentado en la evaluación de necesidades, el conjunto se debe centrar en las **aptitudes y conocimientos fundamentales para que el asesoramiento pueda abordar las necesidades más urgentes de la población afectada por emergencias**.

Las competencias se clasifican en **básicas** o **avanzadas**. Las competencias que requieren aptitudes específicas o conocimientos médicos se consideran avanzadas. Las competencias básicas son necesarias para alcanzar las competencias avanzadas. En el cuadro 6 que se incluye más adelante, se recogen las competencias básicas y avanzadas susceptibles de ser incluidas en el conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento.

En el proceso de **definición del conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento en una respuesta de emergencia**, deben tenerse en cuenta los aspectos siguientes:

1. En contextos en los que los recursos son limitados, la atención debe centrarse en equipar al personal asesor con las competencias necesarias para realizar **intervenciones simples, eficaces y que no exijan muchos recursos económicos ni tecnológicos**, como la escucha y el consuelo, el contacto piel con piel, la extracción manual y la alimentación con taza^{ckxii}. El propósito es ayudar a tantas díadas de persona cuidadora-bebé como sea posible, por lo que las competencias deben tratar de abordar las prácticas mejorables más habituales que conlleven un mayor riesgo⁷⁵, los problemas de ALNP y los temores más extendidos de las personas cuidadoras⁷⁶ y los principales mitos y falsas creencias que puedan ser relevantes para el asesoramiento^{77, ckxiii}.
2. Independientemente del contexto, es posible dar respuesta a la mayoría de las necesidades de asesoramiento con las **competencias básicas para el asesoramiento** requeridas en contextos de emergencia y de no emergencia. Estas competencias deben incluirse *siempre* en el conjunto de competencias básicas de *todo* el personal asesor y ponerse en práctica como un primer paso.
3. Parte del personal asesor puede recibir también capacitación sobre las **competencias avanzadas de asesoramiento** y ser evaluado al respecto. La relectación es una competencia avanzada importante en las situaciones de emergencia^{ckxiv}. Según la función que desempeñen, puede haber asesores/as que necesiten competencias (por ejemplo, supervisión constructiva o facilitación de grupos de apoyo entre madres) que no se recogen en esta publicación.
4. En los contextos de emergencia, es posible que el personal asesor necesite **competencias adicionales** para poder brindar el apoyo adecuado y atender plenamente las necesidades de la población afectada por emergencias. Las competencias adicionales, tanto básicas como avanzadas, se enumeran en la columna derecha del cuadro 6, más adelante.
 - a. Algunas competencias, como *ayudar a una madre a amamantar cuando está estresada*, pueden ser útiles en *todos* los contextos de emergencia y, por lo tanto, se deben incluir *siempre* en el conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento. Es posible que sea necesario facilitar al personal asesor disponible una capacitación rápida para equiparlo con estas competencias, si no se hizo durante la preparación.
 - b. Otras competencias, como *ayudar a una madre a amamantar durante brotes de enfermedades contagiosas*, pueden ser útiles en *algunos* contextos de emergencia y, por tanto, deberían incluirse en el conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento *en determinadas ocasiones*, en función del contexto cultural o de emergencia específico. La decisión sobre si son o no necesarias se puede tomar durante la planificación de situaciones hipotéticas —durante la preparación— o al evaluar las necesidades. Se enumeran en *cursiva*.

⁷⁵ Nota: Por ejemplo, la lactancia materna no exclusiva reviste especial riesgo en situaciones de emergencia en las que el saneamiento y la higiene son deficientes.

⁷⁶ Nota: En todas las situaciones de emergencia, los estudios llevados a cabo para elaborar el presente documento revelaron que la preocupación más habitual de las cuidadoras es “no tener suficiente leche”.

⁷⁷ Nota: Siempre habrá diversidad dentro de las comunidades y los contextos culturales, por lo que es imprescindible prestar suma atención y escuchar para adaptar el asesoramiento a las necesidades y creencias de cada persona.



Una asesora de lactancia materna ayuda a una madre a relactar utilizando el método de relactación por goteo con leche humana de una donante.

ARUGAAN (FILIPINAS)

Las necesidades de las mujeres en situaciones de emergencia pueden ser múltiples y muy variadas, por lo que quizás no siempre sea posible ofrecer un apoyo inmediato a todos los problemas relacionados con la lactancia materna. Por ello, es imprescindible asegurarse de contar con las competencias básicas. Otras competencias para el asesoramiento se pueden ir añadiendo paulatinamente, de acuerdo con un plan escalonado de refuerzo de capacidades, a medida que los conocimientos, aptitudes y confianza del personal asesor vayan mejorando y según avance la respuesta.

Cuadro 6: Competencias para el asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia

Competencias básicas para el asesoramiento sobre lactancia materna	Aspectos relativos a situaciones de emergencia
Utilizar la capacidad de escuchar y aprender (1)	
<ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas abiertas • Emplear respuestas y gestos que muestren interés • Demostrar que se escucha lo que dice la madre • Empatizar: demostrar que se entiende cómo se siente la otra persona • Evitar las palabras que den la impresión de que se está juzgando a la madre • Utilizar una comunicación no verbal útil • Adaptar el estilo y el contenido de la comunicación a la cuidadora, por ejemplo, teniendo en cuenta obstáculos, dificultades, necesidades, preferencias y valores concretos. 	Igual que en las situaciones que no sean de emergencia
Utilizar competencias que generen confianza y den apoyo (1)	
<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer lo que la madre piensa y siente • Reconocer y elogiar lo que la madre y el niño están haciendo bien • Brindar ayuda práctica • Dar información pertinente • Utilizar un lenguaje sencillo • Hacer una o dos sugerencias, que no sean órdenes 	Igual que en las situaciones que no sean de emergencia
Evaluar y documentar	
<ul style="list-style-type: none"> • Los relatos relativos a la alimentación de lactantes o niños/as pequeños/as sanos/as o enfermos/as • Conocer los antecedentes de la madre, las dificultades actuales y los posibles problemas futuros • La lactancia materna de lactantes y niños pequeños sanos y enfermos • Observar cómo la madre alimenta al bebé e interactúa con él • Observar el estado general del lactante, medir y evaluar el crecimiento utilizando gráficos de crecimiento • Observar el estado general de la madre, comprobar y palpar los pechos si es necesario 	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer una ERS y una EE del lactante que toma el pecho (anexos A y B) • Hacer una EE del lactante que toma alimentación artificial y calcular sus necesidades calóricas y de volumen para prescribir o proporcionar SLM a un lactante que depende de este

continúa...

Cuadro 6 (continuación)

Ayudar a las madres a:	
<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar la lactancia materna en la hora siguiente al parto vaginal o por cesárea • Acomodarse y acomodar al lactante para dar el pecho • Acoplar al lactante al pecho • Entender cómo funciona la lactancia materna • Responder a las señales de hambre (entender y practicar la alimentación receptiva) • Extraer la leche con la mano • Alimentar al bebé con vaso o cuchara • Tratar los pezones planos o invertidos • Tratar los pezones irritados o agrietados • Tratar la congestión mamaria, reconocer la mastitis • Reconocer las señales de una adecuada transferencia de leche y de que el lactante traga y queda satisfecho • Tratar una producción de leche aparentemente insuficiente • Tratar una excesiva o escasa producción de leche • Dar el pecho y calmar a los bebés que lloran mucho o a los que les cuesta dormir 	<ul style="list-style-type: none"> • Superar las preocupaciones sobre la calidad y seguridad de la leche materna⁷⁸ • <i>Dar el pecho en espacios públicos concurridos o delante de otras personas</i>⁷⁹ • <i>Dar el pecho por la noche</i>⁸⁰ • Comprender los mayores riesgos que entraña utilizar biberones, chupetes o SLM en el contexto actual y los riesgos de no amamantar⁸¹ • Dar el pecho cuando están estresadas⁸² • Dar el pecho cuando están ocupadas⁸³ • Alimentar a un niño no amamantado • <i>Dar el pecho al bebé de otra persona (como nodriza)</i> • <i>Dar el pecho durante brotes epidémicos de enfermedades infecciosas y tomar las medidas adecuadas para la prevención y el control de infecciones</i>⁸⁴ • <i>Rechazar donaciones de SLM, biberones y tetinas</i>
Preparar:	
<ul style="list-style-type: none"> • A las embarazadas para dar el pecho • A las madres para lactancia materna exclusiva durante seis meses • A las madres que se reincorporan al trabajo o pasan períodos lejos de sus hijos para mantener la lactancia materna • A las madres para que den una alimentación complementaria oportuna, apropiada, suficiente y segura • A las madres que desean destetar a sus bebés o niños pequeños 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>A las personas cuidadoras para que alimenten y cuiden a lactantes y niños pequeños durante una crisis o un desastre natural previsto</i>
Remitir:	
<ul style="list-style-type: none"> • Saber cuándo debe remitirse a las madres y a los lactantes a asesores/as de lactancia materna con competencias avanzadas o a profesionales sanitarios con conocimientos especializados, según proceda 	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar las necesidades más allá del asesoramiento y llevar a cabo las remisiones apropiadas⁸⁵

continúa...

⁷⁸ Nota: En situaciones humanitarias es muy habitual que a las mujeres lactantes les preocupe la calidad de su leche materna, sobre todo si han tenido que cambiar su alimentación por culpa de la emergencia. También puede preocuparles que su leche no sea inocua, por ejemplo, si han estado expuestas a productos químicos presentes en el agua de las inundaciones.

⁷⁹ Nota: Aunque lo preferible es fomentar la confianza para dar el pecho en público, quizás no dé tiempo ni haya oportunidades de contacto para conseguirlo (p. ej., durante desplazamientos masivos). Cuando sea apropiado, pueden proporcionarse chales, p. ej., como parte de los kits de dignidad.

⁸⁰ Nota: Por ejemplo, el asesoramiento sobre medidas para dormir y posiciones para amamantar seguras puede ser útil en condiciones de hacinamiento en las que las madres tal vez se sientan presionadas para complementar la alimentación de un bebé que llora por la noche.

⁸¹ Nota: Es posible que haya poco interés por la lactancia materna, especialmente en contextos en los que lo habitual antes de la crisis era la alimentación artificial. Los/as asesores/as deben poseer sólidas competencias de comunicación y relación interpersonal para atraer la atención sobre la lactancia materna, así como habilidades analíticas para comprender las necesidades y la situación actual de la persona cuidadora. Con arreglo a las directrices mundiales (OG-IFE), únicamente deben darse SLM a los lactantes que reúnan las condiciones exigidas. Sin embargo, a las personas asesoras puede resultarles difícil cuestionar la decisión de la madre, algo muy habitual en situaciones de asesoramiento entre pares (en las que las asesoras guardan una "estrecha" relación con la madre) o en el caso de las personas asesoras que normalmente trabajan en contextos que no son de emergencias y en los que abundan los recursos. Puede ser útil recibir formación sobre la ética de la decisión materna, estableciendo comparaciones entre el contexto anterior a la crisis y el actual, con sus mayores riesgos, y los mecanismos de remisión a personal de asesoramiento experimentado.

⁸² Nota: Escuchar, generar confianza sobre la producción de leche y proporcionar información sobre las señales alentadoras de que el bebé está tomando suficiente leche materna, hablar sobre técnicas de gestión del estrés, aconsejar sobre la lactancia piel con piel y la lactancia materna receptiva, aconsejar sobre los aspectos positivos de la lactancia materna (p. ej., hormonas calmantes y establecimiento de vínculos afectivos).

⁸³ Nota: Por ejemplo, mostrar a una madre cómo utilizar un fular portabebés (que se le proporcione), aconsejar sobre la lactancia materna receptiva y cómo dar el pecho mientras se hace cola o se camina, explorar posibles formas de reducir la carga de trabajo (incluso durante conversaciones familiares o en visitas a domicilio).

⁸⁴ Nota: Por ejemplo, higiene de las manos y los senos, uso de mascarilla (p. ej., si se produce un brote de una enfermedad respiratoria), manipulación de la leche materna extraída (p. ej., de una madre que se está recuperando de la enfermedad por el virus del Ébola).

⁸⁵ Nota: Por ejemplo, los servicios de tratamiento de la malnutrición, la asistencia alimentaria, los servicios de VSG, y el apoyo psicosocial y para la salud mental pueden considerarse los principios de acción de *mirar, escuchar y vincular* que forman parte de los primeros auxilios psicológicos.

Cuadro 6 (continuación)

Competencias avanzadas para el asesoramiento sobre lactancia materna	Aspectos relativos a situaciones de emergencia
Ayudar a las madres a:	
<ul style="list-style-type: none"> • Tratar la mastitis • Tratar la candidosis • Tratar la anquilosis • Dar el pecho a lactantes con BPN, prematuros o enfermos • Conseguir dar el pecho a pesar de tener pezones muy invertidos o muy grandes • Dar el pecho a lactantes o niños/as con discapacidades • Dar el pecho a lactantes en circunstancias personales difíciles o al sufrir de depresión puerperal • Dar el pecho a bebés que lo rechazan (huelga de lactancia) • Inducir la lactancia o restablecerla (relactación) • Controlar la alimentación de un lactante que necesita líquidos distintos de la leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Dar el pecho a un lactante malnutrido • <i>Interrumpir la lactancia materna rápidamente</i>⁸⁶ • Inhibir la lactación tras la muerte del/de la bebé o el nacimiento de un/a mortinato/a • Mantener la lactación mientras están separadas del/de la bebé • Reducir o interrumpir los aportes suplementarios y el uso de biberones, pezoneras y tetinas • Preparar higiénicamente un sucedáneo de la leche materna y alimentar con él obteniendo una buena respuesta⁸⁷ • <i>Calcular el costo de los alimentos disponibles para la alimentación materna y sacarles el máximo provecho</i>⁸⁸ • Practicar el método de la amenorrea de la lactancia para la planificación familiar • <i>Alimentar al/a la bebé si viven con el VIH</i>⁸⁹
Preparar:	
<ul style="list-style-type: none"> • A las embarazadas con alto riesgo de baja producción de leche • A las embarazadas seropositivas para el VIH para dar el pecho • A las embarazadas con alto riesgo de tener que dar el pecho a lactantes pequeños, enfermos o prematuros 	Igual que en las situaciones que no sean de emergencia
Remitir:	
<ul style="list-style-type: none"> • Saber cuándo debe remitirse a las madres y a los lactantes a asesores/as con competencias básicas en lactancia materna para que profesionales sanitarios con conocimientos especializados lleven a cabo un seguimiento, según proceda 	Igual que en las situaciones que no sean de emergencia

Otras competencias necesarias en situaciones de emergencia

- **Primeros auxilios psicológicos.** Cuando se da una emergencia, es frecuente que no haya servicios de salud mental disponibles o que estén saturados, lo que hace de los primeros auxilios psicológicos una importante habilidad que todo el personal asesor debería poseer, para poder prestar apoyo a las personas cuidadoras tras una situación de crisis y, así, impedir desde el primer momento que el trauma arraigue.
- **Atención centrada en el trauma.** Para evitar causar daños, proporcionar una atención adecuada y mejorar el acceso a los servicios, es importante que los programas de asesoramiento sobre lactancia materna dirigido a poblaciones con un alto grado de exposición a experiencias traumatizantes apliquen una **estrategia centrada en el trauma** (véase el apartado Definiciones). Para ello, el personal asesor debe adquirir competencias en materia de atención centrada en el trauma. El primer nivel de atención centrada en el trauma se ofrece a todos/as los/as usuarios/as de los servicios de asesoramiento (atención universal), dando por supuesto que cualquiera puede ser sobreviviente de un trauma, por lo que es una competencia básica de todo el personal asesor. El segundo nivel de la atención centrada en el trauma consiste en la atención específica al trauma, orientada a los/as usuarios/as identificados/as como sobrevivientes de trauma, y se considera una competencia *avanzada*. Por último, algunas personas cuidadoras necesitarán el apoyo especializado de profesionales del ámbito de la salud mental. Si se cuenta con atención específica para el trauma y especialistas en este campo, es importante que el personal asesor reciba capacitación para saber cuándo recurrir a la remisión (véase la **figura 4**).

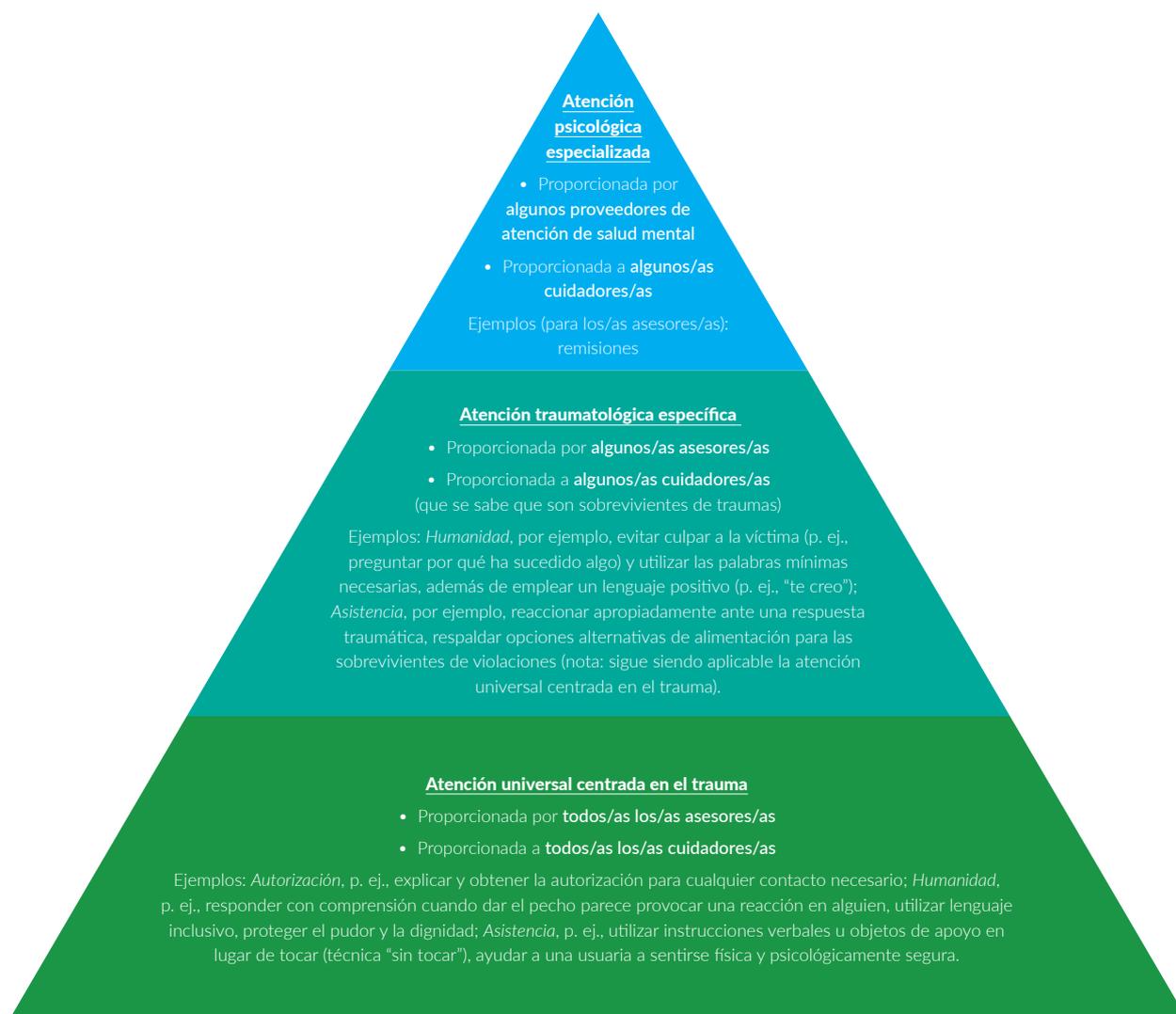
⁸⁶ Nota: Esta competencia casi nunca resulta necesaria. Es especialmente importante durante los brotes de enfermedades infecciosas para las que se recomienda la interrupción de la lactancia materna en caso de contagio, p. ej., la enfermedad por el virus del Ébola. El apoyo debe incluir asesorar sobre el cuidado de los senos y el desecho seguro de la leche materna (si se recomienda), prestar apoyo emocional y facilitar sustitutos alimentarios para el lactante. Obsérvese que, siempre que sea posible, la lactancia materna debe interrumpirse de forma gradual y no rápida.

⁸⁷ Nota: Incluido el suministro de información sobre la preparación, la alimentación y la conservación.

⁸⁸ Hashmi *et al.* (2019) describen cómo el asesoramiento en el campo de refugiados de Mae La, en Tailandia, se adaptó a las madres proporcionando opciones alimentarias más baratas para los lactantes y ejemplos concretos de comidas de bajo costo para cumplir los requisitos mínimos de alimentación aceptables en función de los datos de gasto familiar recopilados durante las sesiones mensuales de asesoramiento en el hogar.

⁸⁹ Para obtener más orientación, consúltese: WHO (2018). *Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies*.

Figura 4: Ejemplo de enfoque múltiple para abordar la atención centrada en el trauma



- **Competencia cultural.** Una parte importante de la atención centrada en el trauma es que el personal asesor conozca la cultura. A la hora de diseñar intervenciones adaptadas al contexto cultural, resulta vital comprender la percepción de las personas cuidadoras y otros factores que pueden afectar a los hábitos de alimentación^{ckv}. Entre los ejemplos de conocimientos basados en el contexto cultural en torno a la alimentación infantil, se incluyen el uso tradicional de galactógenos naturales de la lactancia⁹⁰, las costumbres de atención neonatal y tradiciones relativas al puerperio, las prácticas de cuidados comunitarios⁹¹, las percepciones de las madres en torno a los factores que pueden afectar a la producción⁹² y la calidad⁹³ de la leche, los mitos y falsas creencias surgidos durante la situación de emergencia, las actitudes

⁹⁰ De Young *et al.* (2018) indican que el *jwano* es una especie utilizada tradicionalmente en las familias nepalesas para favorecer la lactación. Apenas hay pruebas sobre los efectos de los galactogogos naturales ("potenciadores de la lactancia") en el aumento de peso del lactante y la producción de leche en madres de bebés sanos y recién nacidos a término (Foong *et al.*, 2020). No obstante, facilitar el acceso a galactogogos conocidos en el ámbito local (de los que no constan reacciones adversas) puede reforzar la confianza y el bienestar emocional de las mujeres. La prioridad de las asesoras debe ser detectar las causas de la baja producción de leche y solucionarlas.

⁹¹ De Young *et al.* (2018) observaron que las cuidadoras de los asentamientos establecidos tras el terremoto de Nepal manifestaron que la atención a los lactantes era una actividad comunitaria y que las responsabilidades del cuidado de niños, niñas y lactantes incumbían a todas. Estos estrechos lazos en torno a la lactancia materna, semejantes a los de parentesco, se reflejaban en el apoyo mutuo que se brindaban las mujeres en las aldeas y los campamentos.

⁹² Emerson *et al.* (2017) descubrieron que las madres de la República Democrática del Congo muchas veces notaban que el estrés causaba una insuficiente producción de leche y asociaban habitualmente el mal estado nutricional materno con dificultades para dar el pecho (dolor durante la lactancia o aparente insuficiencia de leche).

⁹³ Dorneman y Kelly (2013) descubrieron que, en el periodo posterior al terremoto de Haití, las madres creían que la calidad de su leche materna iba a deteriorarse si su alimentación era deficiente o padecían una afección psicosocial conocida como "mala sangre". Para proteger a los niños en estas situaciones, se introdujeron alimentos enriquecidos de forma temprana.

relativas al pudor, las convicciones de las madres sobre los SLM y el grado en que la lactancia materna se considera un rasgo de la identidad religiosa o materna. **Si los/as asesores/as no forman parte de la población afectada por la emergencia**, necesitarán unos conocimientos y aptitudes adicionales, que les permitan comprender las necesidades culturales, étnicas, religiosas, lingüísticas y socioeconómicas de las personas cuidadoras. Solo así podrán trabajar de una manera eficaz y ética en un entorno multicultural.

- **Es probable que el personal asesor que suele trabajar en contextos de no emergencia** tenga conocimientos, pero poca experiencia, con respecto a prácticas como la relactación o el papel de las nodrizas⁹⁴, o bien problemas como la desnutrición infantil. Los/as expertos/as en lactancia acostumbrados a entornos en los que abundan los recursos pueden estar habituados/as a utilizar herramientas como biberones, sacaleches y pezoneras, por lo que necesitarán ayuda para adaptar su forma de trabajar al contexto. Aun si trabaja en regiones de ingresos altos, es imprescindible que el personal asesor conozca los riesgos que conlleva el uso de estas herramientas durante una emergencia y que aprenda a adaptar su práctica a estrategias más sencillas y seguras (por ejemplo, usar el método de relactación por goteo, en lugar de un dispositivo de ayuda a la lactancia, o reconocer la extracción manual como una alternativa más segura que los sacaleches y la alimentación con taza como una alternativa más segura que el biberón).
- **Desarrollo en la primera infancia.** El personal asesor debe tener conocimientos básicos de DPI, incluidas las aptitudes y capacidades que los/as niños/as adquieren en los primeros años de vida y la importancia fundamental del cuidado receptivo y, en particular, de la alimentación receptiva. Las interacciones receptivas que se producen de manera natural al amamantar, y que se pueden ampliar mediante la comunicación lúdica, sientan las bases de la futura salud del bebé, de su comportamiento y de su capacidad intelectual.

ESTUDIO DE CASO 15 Apoyo a la ALNP en el marco de la enfermedad por el virus del Ébola

En agosto de 2018 se declaró un brote de la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) en la República Democrática del Congo. Cuando terminó el brote, en junio de 2020, se habían notificado 3470 casos confirmados y probables. Las mujeres y los lactantes se vieron afectados de forma desproporcionada. En concordancia con las directrices mundiales y nacionales, se recomendó a las mujeres lactantes que dejaran de dar el pecho si ellas o sus bebés presentaban síntomas similares a los de la EVE. El ébola es una excepción a las recomendaciones mundiales sobre lactancia materna, porque las pruebas disponibles indican que los riesgos de infección por EVE exceden los riesgos de no amamantar. Las díadas madre-bebé ingresadas en centros para someterse a pruebas recibieron el asesoramiento conjunto de un nutricionista y un trabajador psicosocial sobre la recomendación de separarse temporalmente e interrumpir la lactancia materna. No se registró ningún caso de rechazo, lo que se atribuyó al proceso de asesoramiento y a la integración del apoyo psicosocial. Los lactantes recibieron SLM como parte de un paquete de apoyo integral. Hay aspectos que no abarcan las directrices nacionales para esta fase de la atención, entre ellos cómo ayudar a una madre a interrumpir rápidamente la lactancia materna, la extracción manual como

técnica para evitar la congestión mamaria y la inflamación, y las instrucciones sobre cómo manipular y desechar la leche materna extraída de las madres que tenían EVE de acuerdo con los protocolos para la prevención de infecciones. Tras el alta, se asesoró a las cuidadoras acerca de la alimentación artificial higiénica y la alimentación con vaso. Las madres que habían sobrevivido al ébola también recibieron asesoramiento sobre la posibilidad de reanudar la lactancia materna cuando dos pruebas de laboratorio consecutivas confirmaran que el virus ya era indetectable en su leche. En el plano comunitario, se hizo un seguimiento a cargo de trabajadores psicosociales formados (supervisados por nutricionistas), que ayudaron a las mujeres a aumentar o reiniciar la producción de leche materna cuando se consideró seguro hacerlo. La relactación entrañó dificultades. Las madres manifestaron su preocupación por reiniciar la lactancia tras una infección por EVE y había pocos nutricionistas que pudiesen ayudar en un proceso intensivo como la relactación. Una de las principales lecciones extraídas de esta experiencia fue que, si aún no se ha hecho, es imprescindible centrarse en la creación de competencias de asesoramiento sobre lactancia materna desde el inicio de una respuesta a la EVE.

Fuente: Alianza Técnica del Clúster Global de Nutrición (2020). "Supporting Non-Breastfed Children as part of an Ebola Response. Experiences from the Democratic Republic of the Congo".

⁹⁴ Palmquist y Gribble (2018) afirman que la falta de formación y apoyo para la relactación y para las nodrizas son uno de los obstáculos más habituales que impiden proporcionar una respuesta eficaz de ALNP-E.

RECUADRO 9 Puntos importantes que se deben tratar en la capacitación

- **Cómo proporcionar servicios de asesoramiento sobre lactancia materna en la práctica en situaciones de emergencia.** Dónde, cuándo, con qué frecuencia y cómo asesorar (es decir, el contenido de la presente guía). También debe formarse a los/as asesores/as sobre cuándo y cómo utilizar correctamente los materiales de apoyo y otros recursos.
- **La importancia vital de la lactancia materna en situaciones de emergencia, así como los riesgos que entraña el uso de SLM⁹⁵.** Resulta fundamental para consolidar la motivación del personal.
- **Cómo puede la situación de emergencia socavar o perjudicar las prácticas de lactancia materna** (véase el cuadro 5), para poder proporcionar asesoramiento anticipativo.
- **Cómo funciona la lactancia materna.** Las asesoras deben tener un conocimiento exhaustivo del funcionamiento de la lactancia materna y su consistencia para poder aconsejar al respecto con confianza a madres que sufren de malnutrición o estrés. Asesorar a una cuidadora cuya alimentación se halle en peligro por la **inseguridad alimentaria** puede ser especialmente difícil; las asesoras deben saber qué alimentos hay disponibles y a qué precio para poder ofrecer un asesoramiento adecuado y práctico sobre la alimentación materna. Debe dedicarse el tiempo y la atención necesarias para que las asesoras entiendan la relación entre la lactancia materna y la salud mental del lactante y de la madre y la capacidad de cuidar, que no existe una relación directa entre el **estrés** y la producción de leche materna y saber transmitir correctamente esta información a una cuidadora.
- Complementar lo anterior con conocimientos acerca de las **posibles consecuencias de las situaciones de emergencia para la salud mental^{cbvi}** puede ayudar a que se preste un asesoramiento humano a las cuidadoras estresadas o traumatizadas.
- **Cómo se produce un cambio de comportamiento.** Puede resultar particularmente difícil lograr cambios de comportamiento en las situaciones de emergencia, por los diversos factores de estrés que las rodean y por la probabilidad de que duren poco tiempo. Comprender cómo lograr un cambio de comportamiento eficaz y que se trata de un proceso paulatino^{cbvii} que requiere tiempo y un contacto constante puede evitar que el/la asesor/a se desmotive y se frustre.
- **Los fundamentos del sistema humanitario.** Los/as asesores/as deben poseer conocimientos básicos sobre los mecanismos de coordinación humanitaria, el conjunto de servicios humanitarios que se prestan y los mecanismos de remisión para que las remisiones sean eficaces y defender los intereses de las cuidadoras y sus niños como es debido.
- **Cómo se aplican OG-IFE y el Código Internacional de la OMS a las situaciones de emergencia en general y a la función específica de las asesoras, y cómo denunciar las infracciones del Código.**

5.3 EVALUACIÓN Y MAPEO DE LAS CAPACIDADES

La evaluación y mapeo de las capacidades es una actividad fundamental para determinar las necesidades de aprendizaje y de planificación de los recursos humanos. Lo ideal es que se realice durante la preparación y que se actualice con rapidez al declararse la emergencia. Si no es el caso, se debe realizar una evaluación y un mapeo de las capacidades en cuanto sea posible tras el inicio de la situación de emergencia.

1. **Determinar cuántos/as asesores/as se necesitan y dónde se necesitan (evaluación de necesidades).** Además de los servicios existentes, se pueden instaurar nuevos servicios y estructuras que requieran servicios de asesoramiento para dar respuesta a necesidades nuevas o agravadas (como la atención a la desnutrición, los servicios de apoyo psicosocial o los centros de tratamiento del cólera [véase el apartado 3.2: PRINCIPALES PUNTOS DE ENTRADA PARA EL ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA]). También se puede solicitar que el personal asesor acuda a prestar servicios en ubicaciones temporales que den alojamiento a la población afectada, como campamentos o centros de evacuación.
2. **Determinar quiénes están disponibles para prestar asesoramiento y dónde se encuentran.** Al iniciarse la respuesta, es necesario verificar rápidamente cuántos/as asesores/as hay en la zona que se puedan poner a trabajar. Muchos países ya cuentan con asesores/as de lactancia materna que se deben considerar un recurso vital en una situación de emergencia^{cbviii}. No obstante, es posible que la situación de emergencia también les haya afectado. Para localizar a supervisores/as y capacitadores/as especialistas en asesoramiento, se pueden revisar y actualizar las bases de datos locales disponibles y las redes nacionales de apoyo experto y para la lactancia materna.

⁹⁵ Herramienta: IFE Core Group (2021). Resumen: asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia.

3. **Determinar el grado existente de conocimientos, aptitudes y confianza en relación con la prestación de asesoramiento en situaciones de emergencia**⁹⁶. Al declararse una emergencia, se deben revisar rápidamente las evaluaciones de capacidades realizadas durante la preparación o, si no las hay, comprobar lo antes posible el nivel general de apoyo para la lactancia materna previo a la emergencia y si los profesionales del ámbito sanitario y otros miembros del personal de respuesta que interactúan con lactantes, niños/as pequeños/as y sus personas cuidadoras tienen suficientes conocimientos y aptitudes en torno a la lactancia materna (para ello, se pueden analizar, por ejemplo, los informes y materiales de la capacitación preparatoria y continua), así como experiencia en el ámbito del asesoramiento en contextos de emergencia. Es necesario evaluar los niveles educativos y de alfabetización⁹⁷ de las personas disponibles para brindar asesoramiento, así como su experiencia profesional.

En fases posteriores de la respuesta de emergencia, se pueden efectuar evaluaciones de las capacidades individuales y más pormenorizadas⁹⁸, a fin de valorar qué competencias tiene ya el personal asesor y cuáles se deben desarrollar. Es probable que difieran de un equipo a otro. Los cuestionarios de respuesta múltiple⁹⁹ y la observación de los encuentros de asesoramiento utilizando listas de comprobación de la actividad pueden ser útiles para evaluar los conocimientos y las aptitudes anteriores a la capacitación, respectivamente.

Recuerde que las evaluaciones de las capacidades individuales deben formar parte de una iniciativa más amplia de mapeo de las capacidades^{100, 101} que analice también la capacidad de programación y coordinación, entre otras cosas^{clxix}.

5.4 PLANIFICACIÓN DEL REFUERZO DE CAPACIDADES

En función del número de asesores/as con capacitación y disponibles y de su grado de preparación para responder a una emergencia, según se haya determinado durante la actividad de evaluación y mapeo de las necesidades, puede que sea necesario **planificar e implementar, de forma rápida y diligente, una iniciativa de orientación y capacitación**¹⁰² para quienes estén a cargo del asesoramiento dentro de la respuesta de emergencia (véase el **recuadro 8** para obtener orientación adicional sobre la capacitación).

- **En un plazo de 72 horas/lo antes posible:** proporcionar una orientación genérica, predefinida, a los equipos de respuesta rápida. Una orientación rápida sobre los problemas relacionados con la lactancia materna, tanto si acaban de surgir como si se han agravado, puede ayudar al personal asesor a ofrecer los servicios adecuados a la población afectada.
- **Semanas 2-4/cuando se haya completado el ejercicio de evaluación y mapeo de las capacidades:** Desarrollar y desplegar un **plan de refuerzo de capacidades** personalizado, con objetivos de aprendizaje cuantificables, que prevea la capacitación integral de nuevos/as asesores/as y la formación continua del personal asesor ya existente. El plan debe incluir planes en colaboración con gobiernos y asociados que abarquen la capacitación, el refuerzo de conocimientos prácticos, el seguimiento de la capacitación, los cursos de repaso, el aprendizaje continuo, la supervisión constructiva (véase el apartado 5.5: MATERIALES DE APOYO) y el monitoreo de la repercusión de la capacitación. La actualización de los materiales de capacitación predefinidos se efectuará en función de los resultados de la **evaluación de las capacidades** y el **conjunto de competencias esenciales para el asesoramiento** que se haya acordado. Si es posible, asegúrese de que las lecciones extraídas de las respuestas de emergencia anteriores se incorporen también a los paquetes de capacitación.
- **Constante:** Continuar fortaleciendo el sistema y reforzando la capacidad local para garantizar la sostenibilidad de los servicios tras la emergencia^{clxx}. Además de la supervisión constructiva periódica, el suministro de materiales de referencia (como vídeos educativos) y las oportunidades de aprendizaje continuado pueden afianzar lo aprendido por quienes prestan los servicios bajo presión. Se recomienda organizar cursos de actualización cada seis meses, que permitan poner al día los conocimientos y aptitudes existentes, así como compartir nuevos datos, herramientas y experiencias.

⁹⁶ **Herramienta:** Tech RRT y Save the Children (2020). Herramienta de evaluación de capacidad individual en ALNP-E para prestadores de servicios de salud y nutrición. https://www.nutritioncluster.net/IYCF-E_Ind_Cap_Assessment

⁹⁷ **Nota:** Por ejemplo, puede formarse a las comadronas calificadas que son refugiadas y no tienen permiso para ejercer en su país de acogida para que sean asesoras. Obsérvese que para ser una buena asesora no hace falta tener formación profesional ni haber pasado por el sistema educativo oficial.

⁹⁸ **Herramienta:** Save the Children y Tech RRT (2020). Herramienta de evaluación de capacidad individual en ALNP-E para prestadores de servicios de salud y nutrición https://www.nutritioncluster.net/IYCF-E_Ind_Cap_Assessment

⁹⁹ **Nota:** Su utilización puede adaptarse al equipo, por ejemplo, puede hacerse con un cuestionario verbal de opciones múltiples si los niveles de alfabetización de las madres asesoras pares son bajos (en círculo, mirando hacia fuera).

¹⁰⁰ **Herramienta** Save the Children y Tech RRT (2020). Evaluación de capacidad en ALNP-E + y plantilla para realizar el informe.

¹⁰¹ **Herramienta:** Clúster Global de Nutrición (2020). Lista de verificación de ALNP-E.

¹⁰² **Herramienta:** Save the Children y Tech RRT (2020). Procedimiento operativo estándar para intervención de emergencias (ALNP-E).

RECUADRO 10 Consideraciones clave para la capacitación en situaciones de emergencia

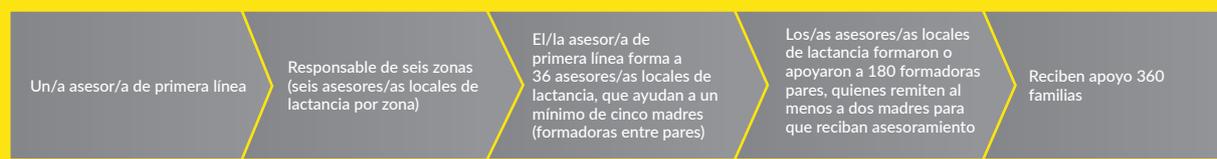
- **Utilizar métodos que favorezcan el aprendizaje de adultos, incluido el desarrollo de competencias prácticas.** Practicar una verdadera escucha activa y mantener debates bidireccionales de apoyo puede ser una experiencia nueva para las personas a las que se forme, sobre todo en entornos de cultura sanitaria didáctica de “decir a las mujeres lo que tienen que hacer”. Dado que en momentos de mucho estrés o cuando hay ruido y distracciones las dificultades para comunicarse son mayores, debe dedicarse la atención y el tiempo adecuados a reforzar las competencias de “escuchar y aprender” y “generar confianza y dar apoyo”, incluso mediante actividades de representación de roles en situaciones eventualmente difíciles (p. ej., asesorar a una madre desnutrida, angustiada o desinteresada en la lactancia materna). Las personas a las que se forme también deben practicar el uso de materiales de apoyo y herramientas para la presentación de informes. Si las prácticas durante la formación no son suficientes, puede recurrirse a la formación en el puesto, durante la cual se aplica cada competencia básica un número determinado de veces bajo supervisión en situaciones reales. Consúltese la publicación IG-BFC para obtener orientaciones adicionales.
- **Seleccionar a los/as formadores/as adecuados/as con la experiencia indicada.** Aunque lo ideal sería que la capacitación corriese a cargo de formadores/as nacionales (por ejemplo, del Ministerio de Salud o de las redes nacionales de personal experto y de apoyo a la lactancia materna), cabe la posibilidad de que no estén disponibles durante la situación de emergencia. Si la preparación ha sido insuficiente, también pueden carecer ellos mismos de competencias de asesoramiento específicas para situaciones de emergencia. Por lo tanto, puede estar justificado recurrir a formadores externos para la formación, la orientación y la supervisión constructiva. En contextos en los que no se considere culturalmente correcto que los hombres formen al personal femenino, asesoren a las mujeres u observen el asesoramiento, debe seleccionarse a mujeres para que pasen a ser las formadoras principales.
- **Abordar las creencias y suposiciones existentes:** Es posible que las personas a las que se contrate como asesoras tengan creencias, suposiciones o ideas acerca de la alimentación infantil que no respalden una lactancia materna satisfactoria. A quienes hayan tenido prácticas desaconsejables (p. ej., la alimentación preláctea) puede resultarles difícil aconsejar a otras personas que no hagan lo mismo. Debe dedicarse tiempo suficiente a transformar las creencias de lo/as asesoras y a reflexionar sobre prácticas alimentarias anteriores a la luz de los nuevos conocimientos en la materia, para que no refuercen mitos e ideas erróneas de carácter cultural sobre la alimentación y el cuidado del lactante.
- **Contemplar adoptar un enfoque modular:** En las situaciones de emergencia, muchas veces hay que dedicar los mismos (escasos) recursos humanos locales a las actividades de desarrollo de capacidades, que se solapan, y a las de recuperación de urgencia (Castillo *et al.*; Garg *et al.* 2016). Tal vez sea más eficiente y eficaz integrar la formación en las oportunidades de aplicación práctica de competencias entre los módulos y centrarse en la capacitación en el puesto de trabajo y la mentoría. Pueden añadirse módulos estandarizados de asesoramiento a los planes de formación previstos sobre salud de la madre, del recién nacido y del niño en las situaciones de emergencia. Pueden añadirse gradualmente competencias de asesoramiento avanzadas o más especializadas.

ESTUDIO DE CASO 16 Capacitación en cascada

Al comienzo de la respuesta al terremoto de Yogyakarta de 2006, en Indonesia, había pocos/as asesores/as sobre lactancia materna formados/as y capaces de proporcionar asesoramiento cualificado al respecto. No eran suficientes para atender las necesidades de asesoramiento de miles de madres y contrarrestar las distribuciones inadecuadas de SLM donados que se estaban produciendo. Para subsanar las deficiencias en la respuesta a la alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as y conseguir la máxima cobertura, calidad y sostenibilidad posibles, se activó un sistema de formación y asesoramiento sobre lactancia materna “en cascada”. Consistió en un curso de formación de 40 horas de la OMS y UNICEF impartido a trabajadores/as comunitarios/as, voluntarios/as y comadrones/as de las aldeas entre 3 y 4 horas dos veces por semana durante seis semanas. Los/as facilitadores/as se reunieron periódicamente para evaluar el proceso de formación. Se ubicó a doce asesoras/formadoras de primera línea en la comunidad, cada una a cargo de seis zonas. Cada asesor/a de primera línea trabajó con seis asesores/as locales de lactancia de cada una de las zonas, por lo que tuvo que formar a 36 durante seis semanas. Cada asesor/a debía prestar apoyo directo a

cinco madres antes de ser habilitado/a como tal. Se trabajó con madres a las que se prestó apoyo como formadoras entre pares y se les pidió que remitieran al menos a otras dos madres a los/as asesores/as locales de lactancia para que recibieran asesoramiento. El enfoque en cascada produjo un efecto de “goteo”: cada formadora de primera línea llegó indirectamente a hasta 360 familias (el alcance total del programa fue de unas 4.260 familias). Un ejercicio de seguimiento puso de manifiesto que había más madres que iniciaban la lactancia en la primera hora del puerperio y que el 63% de las 54 madres entrevistadas practicaban la lactancia materna exclusiva aun teniendo acceso a un SLM gratuito, lo que se explicó por el asesoramiento y el apoyo de las asesoras locales de lactancia. Los aspectos que hubo que contemplar para la formación en cascada fueron el nivel educativo dispar de los/as asesores/as locales de lactancia, el costo de la formación (unos 225 dólares de los Estados Unidos por persona, al tener que traer formadores/as del ámbito central) y el tiempo relativamente mayor que hacía falta para impartir la formación, al estar distribuida en un periodo de seis semanas.

Fuente: Assefa, F., Sukotjo, S., Winoto, A. y Hipgrave, D. (2008). “Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions”. *Field Exchange* 34, 29.



Supervisión constructiva

La supervisión constructiva periódica¹⁰³, tal y como se describe en la publicación IG-BFC, resulta especialmente importante durante las respuestas de emergencia, ya que es posible que los/as nuevos/as asesores/as asuman una gran responsabilidad tras una capacitación muy breve. El papel de los/as supervisores/as es esencial, ya que, además de brindar apoyo, monitorean la calidad de la prestación de servicios de asesoramiento y evalúan la eficacia de la capacitación continua y de otras actividades de refuerzo de capacidades. Las tareas de supervisión pueden ser responsabilidad de los/as capacitadores/as del personal asesor, pero también de consultores/as de lactancia o de otras personas expertas en asesoramiento sobre lactancia materna. Si los servicios están integrados con otras disciplinas, es fundamental garantizar la colaboración y la supervisión interdisciplinarias (por ejemplo, los/as supervisores/as de apoyo psicosocial pueden supervisar al personal asesor y revisar los registros de usuarios/as en colaboración con los/as supervisores/as del personal asesor). El personal que asuma la responsabilidad de capacitar y supervisar a otras personas también debe recibir el apoyo adecuado, que incluirá la capacitación sobre cómo ejercer la supervisión constructiva¹⁰⁴, el suministro de herramientas (como listas de comprobación de supervisión¹⁰⁵ y materiales de aprendizaje) y el acceso a asistencia técnica siempre que sea necesario (véase el **estudio de caso 17**).

ESTUDIO DE CASO 17 Supervisión constructiva

Durante la crisis de los rohinyás, Save the Children puso en marcha un programa de nutrición que proporcionaba apoyo básico y cualificado a la ALNP en 12 zonas para madres y bebés y otros centros de nutrición (rincones dedicados a la ALNP) dentro de los campos de refugiados de Cox's Bazaar (Bangladesh). Uno de los principales problemas señalados en el grupo de nutrición era la falta de personal cualificado para ofrecer asesoramiento en materia de ALNP y atender a una población de casi 1 millón de personas. Save the Children impartió una formación de dos días sobre ALNP-E basada en el paquete nacional de capacitación en ALNP para más de 140 miembros del personal sanitario y de nutrición a los que acababa de contratarse. Además, se puso en marcha un sistema de supervisión constructiva para que los/as asesores/as recién formados/as tuviesen apoyo continuo, como se indica a continuación:

1. **Apoyo in situ:** cada centro de nutrición contaba con un/a supervisor/a de nutrición *in situ* para proporcionar apoyo sistemático diario a los diferentes servicios de nutrición, incluido el asesoramiento sobre la ALNP.

2. **Supervisión y apoyo rotatorios:** se capacitó en supervisión constructiva a un grupo principal de cinco especialistas superiores ya formados en ALNP y se les encargó proporcionar apoyo *in situ* a los/as asesores/as de ALNP de forma rotatoria. A cada miembro del grupo principal se le asignó un número de rincones dedicados a la ALNP o zonas para madres y bebés que debía visitar para:

1. Observar y proporcionar comentarios y orientación sobre las sesiones de asesoramiento individual y en grupo llevadas a cabo por la asesora de ALNP
2. Analizar las herramientas y los formularios de registro de datos
3. Reunirse con las asesoras de ALNP para tratar las dificultades y las recomendaciones.

La supervisión continua y sistemática ayudó a mejorar la coherencia y la calidad de los servicios de asesoramiento y que estos fuesen objeto de una supervisión y un seguimiento eficaces.

Fuente: Save the Children, Bangladesh. Entrevistas a informantes clave, 2020.

Si el acceso es limitado o se necesita apoyo experto para un caso complejo, se puede considerar recurrir a la supervisión y la mentoría remotas, a fin de garantizar que el personal asesor reciba el apoyo adecuado. La tecnología puede resultar especialmente útil para efectuar el monitoreo en zonas peligrosas o inaccesibles (véase el **estudio de caso 18**). Sin embargo, el apoyo en tiempo real puede no ser viable debido a problemas de conexión o a los distintos husos horarios. Además, es importante que los/as mentores/as remotos/as conozcan el entorno cultural y el contexto y la respuesta de emergencia. El aprendizaje y el apoyo continuos orientados al personal asesor se pueden facilitar a través del apoyo entre pares supervisado, como conversaciones grupales en línea (por ejemplo, grupos de WhatsApp^{dxxi}), y de análisis periódicos de los casos complejos en colaboración con miembros del equipo.

¹⁰³ **Nota:** Cuando una situación de emergencia obligue a acortar la formación de los/as nuevos/as asesores/as, es probable que haga falta mantener un contacto más frecuente para la supervisión. Los criterios de selección de las esferas prioritarias para las visitas de supervisión constructiva pueden incluir prácticas de lactancia materna deficientes, bajos índices de cobertura del asesoramiento, informes incompletos de visitas de supervisión anteriores, malos resultados de las pruebas posteriores a la formación, zonas en las que se han comunicado brotes de enfermedades recientemente, distribuciones incontroladas de SLM u otras amenazas para la lactancia materna.

¹⁰⁴ **Herramienta:** UNICEF (2013). "Supportive Supervision/Mentoring and Monitoring for Community IYCF". <https://www.unicef.org/media/108436/file/Supervision%20Mentoring%20Monitoring%20Module.pdf>

¹⁰⁵ **Herramientas:** Save the Children's "IYCF-E Toolkit", sección H (ejemplos de listas de verificación para la supervisión y la observación).

De 2017 a 2018, Save the Children ensayó un programa integrado de ALNP-E y supervisores/as de apoyo psicosocial gestionado a distancia en el sur de Siria. El programa fue ejecutado por un asociado local. El personal de Save the Children no disponía de acceso a los lugares en los que se llevaba a cabo el proyecto para supervisar y apoyar directamente las actividades, por lo que tenía una gran dependencia de los datos. Por motivos de seguridad, no fue posible grabar en vídeo las sesiones individuales de asesoramiento. Para atenuar los efectos sobre la calidad del asesoramiento de la falta de presencia sobre el terreno, Save the Children hizo una inversión considerable en la capacidad de supervisión, evaluación, rendición de cuentas y aprendizaje (formación, mentoría y acompañamiento experto de personal específico para ello, así como tabletas electrónicas) e ideó un innovador sistema a este respecto utilizando Kobo. Como el asociado en la ejecución de Save the Children era nuevo en el ámbito de la ALNP-E, Save the Children optó por hacer un seguimiento y una supervisión diarios de las actividades. Los supervisores de ALNP del asociado, que no tenían demasiada experiencia, recibieron una lista de verificación para la supervisión del asesoramiento de la ALNP-E y contaron con el apoyo a distancia de personal técnico experimentado. La persona responsable del programa de Save the Children supervisó indirectamente la calidad de las sesiones individuales de asesoramiento sobre la ALNP-E comprobando formularios de evaluación completa elegidos al azar (escaneados y cargados a través de Kobo cada día) para verificar si los/as

asesores/as habían detectado los problemas y los habían anotado y tratado correctamente. los/as asesores/as también introdujeron información clave (fecha, edad del niño, prácticas alimentarias, apoyo prestado) en una herramienta de seguimiento del cambio de comportamiento para poder supervisar las modificaciones en las prácticas alimentarias a lo largo del tiempo (el impacto del programa). Al final de cada día, las asesoras resumían sus actividades en un formulario electrónico que enviaban a Save the Children. Una vez a la semana, el responsable del programa de Save the Children trataba los datos recibidos con el personal del asociado y proporcionaba observaciones al respecto. Aunque el sistema de seguimiento diario requirió invertir bastante tiempo, formación y personal, y tardó en ponerse en marcha, facilitó la comunicación entre Save the Children y el personal del asociado. También propició que hubiese más control y transparencia, y un modelo continuo de mejora según el cual Save the Children supervisaba las actividades diarias de ALNP-E en cada centro y podía formular observaciones periódicas. Por ejemplo, el responsable del programa recibía información valiosa sobre el tipo y el número de actividades de cada asesor/a y su horario de trabajo, así como del horario de funcionamiento de todos los centros. La persona responsable del programa podía hacer preguntas (p. ej., por qué un/a determinado/a asesor/a efectuaba menos seguimientos que los/as demás o por qué la asistencia era mayor en unos centros que en otros) y a continuación proporcionar el correspondiente apoyo.

Fuente: Save the Children (2018). Análisis del programa de ALNP-E y supervisores de apoyo psicosocial en el sur de Siria.

5.5 MATERIALES DE APOYO

Los materiales de apoyo (como las herramientas educativas) constituyen un complemento útil en el asesoramiento, ya que sustentan el debate y ayudan a la persona cuidadora a asimilar los conceptos, además de servir al personal asesor para guiar y documentar el proceso (mediante, por ejemplo, listas de comprobación y formularios). Resultan particularmente importantes en las primeras fases de una emergencia, en las que pueden intervenir asesores/as con poca experiencia, para generar confianza y mejorar la calidad del apoyo. Es fundamental que los materiales de apoyo utilizados durante una respuesta de emergencia se adapten al contexto de la emergencia (por ejemplo, la cultura, los alimentos disponibles o las recomendaciones de salud pública), al personal asesor que los vaya a utilizar y a la población a la que se dirigen (**estudio de caso 19**). Por ejemplo, es probable que los materiales de apoyo necesarios para asesorar a las personas cuidadoras pertenecientes a comunidades de personas refugiadas y a comunidades de acogida no sean los mismos. En entornos con un bajo grado de alfabetización, los materiales de apoyo ilustrados pueden ayudar a recordar a los/as asesores/as de lactancia materna los conocimientos y aptitudes esenciales (**estudio de caso 20**). Consulte la publicación IG-BFC para ver una descripción general de los materiales de apoyo.

Aunque los materiales visuales son importantes, siempre que sea posible se debe **practicar con la madre**, para que observe, escuche y sienta su propio cuerpo. La asesora puede utilizar también su propio cuerpo o pedir ayuda a otras madres para hacer una demostración práctica de, por ejemplo, la extracción manual.

Entre los materiales de apoyo que el personal asesor puede utilizar en situaciones de emergencia para respaldar y documentar el proceso, se incluyen los formularios de evaluación exhaustiva (**anexo B**), las listas de comprobación para la observación de la lactancia¹⁰⁶ y las listas de comprobación para las visitas durante el puerperio¹⁰⁷, entre otros. El personal asesor también puede llevar un registro de historiales de las personas usuarias e ir añadiendo información en cada encuentro de asesoramiento, para hacer un seguimiento de los avances, monitorear los cambios de hábitos y garantizar la continuidad de la atención.

¹⁰⁶ Herramienta: https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/4.11._template_of_breastfeed_observation_form.docx/

¹⁰⁷ Herramienta: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/baby-friendly-resources/implementing-standards-resources/breastfeeding-assessment-tools/>

ESTUDIO DE CASO 19 Adaptación de las tarjetas de asesoramiento

En respuesta a la pandemia de COVID-19, UNICEF y Advancing Nutrition de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), con el apoyo del IFE Core Group, representado por Save the Children y SafelyFed Canada, elaboraron un paquete de asesoramiento, "Infant and Young Child Feeding Recommendations when COVID-19 is Suspected or Confirmed" (Recomendaciones para la alimentación del lactante y del/de la niño/a pequeño/a cuando se sospecha o confirma

una infección por COVID-19). Este instrumento se basa en el conjunto original de tarjetas de asesoramiento, adaptadas para reflejar las recomendaciones mundiales de la OMS y UNICEF (marzo de 2020) en materia de ALNP en el contexto de la COVID-19. Las tarjetas se confeccionaron de tal manera que pueden adaptarse y actualizarse para reflejar pruebas nuevas o de reciente aparición, así como diferentes contextos de emergencia.

ESTUDIO DE CASO 20 Asesoramiento domiciliario para madres refugiadas con un bajo grado de alfabetización

Hashmi *et al.* (2019) informan sobre un estudio a pequeña escala en el que se ensayaron materiales educativos para el asesoramiento domiciliario de madres refugiadas en la frontera entre Tailandia y Myanmar. Los materiales educativos (un "libro de animación del bebé sano") se diseñaron para presentar un guion básico destinado a los profesionales sanitarios y fotos de

alimentos apropiados disponibles en el ámbito local para madres en su mayoría analfabetas. Algunos elementos importantes del guion se adaptaron y actualizaron a partir de los resultados de los debates en sesiones de grupos, que ofrecieron motivos comunes de los comportamientos inadecuados de las madres refugiadas.

Fuente: Hashmi *et al.* (2019). "The Healthy Baby Flipbook: piloting home-based counselling for refugee mothers to improve infant feeding and Water, sanitation and hygiene (WASH) practices".

5.6 QUÉ HACER CUANDO NO HAY CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA

El asesoramiento sobre lactancia materna debe considerarse una actividad vital en la primera fase de una emergencia^{108,109}. No obstante, si no se ha instaurado una capacidad de asesoramiento adecuada durante la preparación o no se puede contar con la intervención inmediata del personal asesor, se pueden adoptar las medidas siguientes para proteger y respaldar la lactancia materna¹¹⁰ al mismo tiempo que se actúa para instaurar la capacidad de asesoramiento:

1. **Prevenir daños:** dar a conocer a los agentes humanitarios el Código y las recomendaciones sobre alimentación infantil específicas de las situaciones de emergencia. Para evitar que se menoscabe la lactancia materna, los profesionales del ámbito sanitario que trabajan con mujeres embarazadas y madres —incluidas las personas que trabajan en el sector sanitario informal— suelen ser un grupo prioritario a este respecto. Es necesario adoptar medidas proactivas para que no se separe a los/as niños/as de sus madres o las personas encargadas de su cuidado. Se deben evitar las donaciones y la distribución sin control de SLM y biberones¹¹¹, para lo que es importante implicar a distintos sectores en la prevención, el monitoreo y la notificación de las violaciones del Código. Para proteger el bienestar de la persona cuidadora y evitar la posibilidad de causar nuevos traumas, es necesario ofrecer al personal de respuesta que trabaja con personas responsables de los cuidados de lactantes y niños/as pequeños/as formación en materia de atención universal centrada en el trauma.
2. **Reivindicar y planificar un respaldo y una protección básicos, desde distintos sectores, a la lactancia materna**¹¹². Otorgar acceso prioritario a los servicios esenciales a las mujeres embarazadas y lactantes, facilitar que los/as niños/as no se separen de las personas a cargo de sus cuidados (por ejemplo, proporcionando mochilas portabebés), crear un registro de hogares en los que vivan mujeres embarazadas, niños/as menores de dos años y personas que pertenezcan a grupos de riesgo y ofrecerles espacios de apoyo donde amamantar¹¹³. Para obtener más información sobre cómo los distintos sectores pueden fomentar un entorno propicio para la lactancia materna, consúltese el Marco de acción multisectorial en materia de alimentación de lactantes y niños/as pequeños/as en situaciones de emergencia publicado en 2018 por el ACNUR y Save the Children (A Multisectoral Framework for Action).
3. **Aplicar una estrategia de comunicación eficaz en torno a la ALNP-E.** Que la persona indicada reciba el mensaje correcto en el momento preciso puede salvar vidas. Para ser eficaz, es importante llegar rápido, hacerlo bien, tener credibilidad, manifestar empatía, promover medidas y mostrar respeto¹¹⁴. Entre las personas destinatarias, se incluyen comunidades afectadas por emergencias y sus líderes, personal de respuesta ante emergencias y funcionariado de salud pública¹¹⁵ y los medios de comunicación¹¹⁶.

¹⁰⁸ El asesoramiento de alta calidad *salva* vidas, pero puede ser difícil proporcionarlo en situaciones en las que las cuidadoras están muy estresadas, agotadas o preocupadas. Deben analizarse detenidamente la viabilidad, aceptabilidad y posible repercusión del asesoramiento en situaciones de gran estrés y desplazamientos masivos, y hay que concretar un paquete mínimo de actividades indispensables de apoyo a la lactancia materna.

¹⁰⁹ IFE Core Group (2021). Resumen: asesoramiento sobre lactancia materna en situaciones de emergencia.

¹¹⁰ Todo asesoramiento puede considerarse apoyo, pero no todas las intervenciones de apoyo implican asesoramiento (Mac Fadden *et al.*, 2019).

¹¹¹ IFE Core Group (2021). Infografía sobre la prevención y la gestión de las donaciones de SLM.

¹¹² Como se indica en la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño* (OMS, 2003), sobre todo en circunstancias excepcionalmente difíciles, hay que fomentar un entorno en el que se proteja, se fomente y se apoye la lactancia materna.

¹¹³ Alianza Técnica del Clúster Global de Nutrición (2020). "Supportive Spaces for IYCF-E".

¹¹⁴ CDC (2018). *Crisis and Emergency Risk Communication Manual*. <https://emergency.cdc.gov/cerc/manual/index.asp>

¹¹⁵ IFE Core Group (2018). Modelo de declaración conjunta sobre ALNP-E. <https://www.enonline.net/modelifejointstatement>

¹¹⁶ IFE Core Group (2018). "Media Guides on IYCF-E". <https://www.enonline.net/iycfmediaguide>

6. RECURSOS CLAVE

DIRECTRICES

WHO y UNICEF (2017) Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. *Inglés.*

WHO (2018) Guideline: Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices. *Inglés.*

WHO (2020) Guideline: Improving Early Childhood Development. *Inglés.*

GUÍAS

Academy of Breastfeeding Medicine. Protocolos. *Inglés, español y otros idiomas. Directrices para el cuidado de madres y lactantes, centradas en distintos problemas y situaciones asistenciales en torno a la lactancia materna.*

WHO y UNICEF UK. The International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. *Inglés. Incluye una guía orientada a los profesionales del ámbito sanitario sobre cómo utilizar el Código Internacional de la OMS.*

WHO (2011) Psychological First Aid: Guide for Field Workers. *Inglés, árabe, francés, español y otros idiomas.*

WHO y UNICEF (2018) Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018

WHO y UNICEF (2018) Operational Guidance: HIV and Infant Feeding in Emergencies. *Inglés, francés, español, árabe y ruso.*

CAPACIDAD DE ASESORAMIENTO

Evaluación y mapeo de las capacidades

Tech RRT y Save the Children (2020) IYCF-E Individual Capacity Assessment Tool

Tech RRT y Save the Children (2020) IYCF-E Capacity Assessment / Mapping – Report Template

Aprendizaje en línea

Caroline Global Breastfeeding Institute Breastfeeding University. *Inglés. Módulos breves para el personal que trabaja en el ámbito sanitario y de la puericultura.*

UNICEF Agora: Nutrition in Emergencies Learning Channel – IYCF-E Short Course

Paquetes de capacitación

UNICEF Community Based IYCF Counselling Package. *Inglés y francés. Incluye una guía de planificación, una guía de adaptación, una guía para facilitadores/as, materiales de capacitación, materiales para participantes y otros recursos. Incluye también un módulo sobre supervisión constructiva, mentoría y supervisión.*

WHO y UNICEF (2006) IYCF Counselling: An Integrated Course. *Inglés, español y ruso. Curso de capacitación para profesionales del ámbito sanitario y personal asesor sin formación específica. Incluye una guía para capacitadores/as, una guía para participantes, una guía de dirección y directrices para el seguimiento de la capacitación.*

WHO y UNICEF (2020) BFHI Training Course for Maternity Staff. *Inglés. Incluye una guía para capacitadores/as, una guía para participantes, una guía de dirección y una guía de adaptación.*

WHO y UNICEF [BFHI Competency Verification Toolkit](#). Inglés. Conjunto de herramientas integral para evaluar si el personal cuenta con los conocimientos, aptitudes y actitudes necesarios para implementar los Diez Pasos.

Materiales de apoyo para el trabajo/la capacitación

CDC (2019) [Storage and Preparation of Breastmilk](#). Inglés y español. Póster.

Global Health Media [Breastfeeding Videos](#). Inglés, francés, español, árabe y otros idiomas. Vídeos orientados al personal asesor y las madres que describen cómo prestar apoyo para la lactancia materna a las madres, cómo amamantar y cómo afrontar los problemas más comunes.

IBFAN, Safely Fed Canada, Breastfeeding Advocacy Australia y La Leche League International [Cup Feeding](#). Inglés, francés, español y otros idiomas. Pósteres que describen un sencillo proceso de tres pasos para aplicar la alimentación con vaso.

IBFAN, Safely Fed Canada, Breastfeeding Advocacy Australia y La Leche League International [Drip Drop Feeding](#). Inglés, español y otros idiomas. Pósteres y vídeos que describen un sencillo proceso de tres pasos sobre el método de relactación por goteo para estimular a los lactantes a alimentarse directamente de la mama.

La Leche League [Tear Sheet Toolkit](#). Inglés. Consejos y herramientas para madres lactantes y sus familias.

UNICEF [Community Based IYCF Counselling Package](#). Inglés, francés y ejemplos de adaptaciones nacionales. Tarjetas de asesoramiento para trabajadores/as comunitarios/as.

UNICEF [IYCF Image Bank](#). Imágenes de las prácticas recomendadas en materia de ALNP, que se pueden utilizar en materiales de apoyo y otras herramientas.

SITIOS WEB DE REFERENCIA PARA PERSONAL ASESOR Y PROGENITORES

[Breastfeeding Support](#)

[Kellymom](#)

[UNICEF UK - The Baby Friendly Initiative](#)

[Australian Breastfeeding Association](#)

OTROS RECURSOS SOBRE LA ALNP-E

GNC Technical Alliance [Nutrition for Infants and Young Children](#). Inglés y otros idiomas. Asistencia técnica y recursos.

IFE Core Group [IFE Core Group Resources and Outputs](#). Directrices y herramientas para la programación de la ALNP-E.

IFE Core Group (2017) [Operational Guidance on Infant Feeding in Emergencies \(v3.0\)](#). Directriz mundial fundamental sobre la programación de la ALNP-E. Inglés, árabe, francés, español y otros idiomas.

IFE Core Group [EN-NET IYCF-E Forum](#). Inglés y francés. Plataforma abierta y gratuita cuyo propósito es ofrecer a quienes trabajan sobre el terreno asistencia técnica inmediata en caso de haber problemas operativos.

Save the Children [IYCF-E Toolkit](#). Inglés, con algunos documentos en árabe y francés. Recopilación de información y recursos prácticos para orientar la rápida puesta en marcha de una respuesta de ALNP-E.

Glosario

Declaración de prácticas óptimas: El lenguaje inclusivo no excluye ni deliberada ni involuntariamente a las personas, sino que reconoce la diversidad, transmite respeto a todo el mundo, es sensible a las diferencias y promueve la igualdad de oportunidades. En este documento se ha utilizado la expresión “madres y otros/as cuidadores/as” para reconocer que no todas las personas que dan a luz se identifican como madres y, sobre todo en situaciones de emergencia que suelen caracterizarse por altas tasas de morbilidad y una mayor separación entre madre e hijo, no todas las personas que son las principales responsables de cuidar a lactantes y niños pequeños son madres. La terminología adecuada dependerá de la cultura y de la persona cuidadora. Con arreglo a los principios básicos del asesoramiento, los/as asesores/as deben escuchar activamente y reproducir cualquier lenguaje que utilice la persona a la que asesoran, lo que incluye cómo quiere que se refieran a ella. Cuando no se esté seguro, es mejor preguntar antes de presumir nada.

Alimentación artificial: alimentación de niños/as con sucedáneos de la leche materna.

Alimentación complementaria: uso de alimentos, sólidos o semisólidos, seguros, adecuados y apropiados a cada edad, en adición a la leche materna, o como sucedáneos de la leche materna en niños/as de entre 6 y 23 meses (OG-IFE, 2017).

Alimentación receptiva: estrategia de alimentación, encuadrada en el cuidado responsable, que consiste en reconocer las señales que envía el/a niño/a (por ejemplo, señales de hambre, saciedad, necesidad de consuelo) y responder de una manera adecuada. La alimentación receptiva defiende que dar de comer no es solo una cuestión nutricional, sino también un acto de amor, consuelo y confianza entre el bebé y la persona encargada de su cuidado. La *alimentación* receptiva incluye también la necesidad de la madre de amamantar a su bebé (por ejemplo, para aliviar la congestión o para establecer un vínculo).

Asesor/a de lactancia materna: profesional o paraprofesional del ámbito sanitario con la capacitación adecuada para prestar asesoramiento sobre lactancia materna.

Asesor/a entre pares: tipo de paraprofesional. los/as asesores/as de lactancia materna entre pares son mujeres o personas cuidadoras de la comunidad a la que atienden que, normalmente, tienen experiencia previa en la lactancia materna y capacitación para ofrecer sus conocimientos, experiencia y apoyo práctico y emocional a las madres lactantes. Las asesoras entre pares se pueden denominar también “asesoras entre madres”.

Asesor/a sin formación específica: tipo de paraprofesional (véase la definición). En el ámbito de la lactancia materna, se trata de una persona que no es profesional del ámbito sanitario, pero está capacitada para prestar asesoramiento sobre lactancia materna.

Asesoramiento en grupo: asesoramiento ofrecido a un grupo de mujeres embarazadas, madres u otras personas responsables de los cuidados en el período prenatal o el puerperio, que les permite compartir su experiencia con la lactancia y prestarse apoyo. El asesoramiento en grupo puede tener un componente educativo, pero no se trata de un método de enseñanza con una estructura estrictamente educativa, expositiva o similar a la de una clase. En el asesoramiento en grupo, hay un/a asesor/a que puede detectar a las madres que necesitan asesoramiento individual sobre lactancia materna.

Asesoramiento guiado por el/la usuario/a: la persona encargada de los cuidados empieza el asesoramiento cuando lo necesita o cuando quiere.

Atención centrada en el trauma: marco que pretende servir de orientación al personal asesor en su labor de apoyo a las personas cuidadoras. Presta atención a las repercusiones del trauma (por ejemplo, sobre la autopercepción, la relación con otras personas y la experiencia de cuidados o lactancia materna) y tiene como propósito no activar las respuestas postraumáticas ni provocar nuevos traumas. Entre los principios de la atención centrada en el trauma, se incluyen los siguientes: 1) el reconocimiento de que no todas las personas cuidadoras revelarán haber sufrido un trauma y, por lo tanto, la atención centrada en el trauma debería ser de aplicación universal, 2) el respeto a la autonomía corporal, 3) la afirmación de la sensación de control, 4) la escucha compasiva, 5) la comunicación clara, 6) el apoyo sin prejuicios y culturalmente apropiado.

Bajo peso al nacer (BPN): recién nacidos con un peso inferior a 2.500 gramos, independientemente de su edad gestacional (OG-IFE, 2017).

Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y resoluciones posteriores (el Código): el objetivo del Código es garantizar que los SLM se utilicen en las condiciones de máxima seguridad posibles, cuando se determine que su uso es necesario, con base en información imparcial y precisa. El Código no limita la disponibilidad de

SLM, biberones o tetinas, ni prohíbe el uso de SLM en situaciones de emergencia. En el marco del Código, se entiende por SLM todo alimento comercializado o de otro modo presentado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. El Código se aplica a la comercialización y otras prácticas relacionadas, la calidad, la disponibilidad y la información sobre el uso de, a título enunciativo y no limitativo, sucedáneos de la leche materna (entre los que se incluyen preparados para lactantes, leche de continuación, leche de crecimiento u otros productos lácteos, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón) comercializados específicamente para alimentar a niños/as de hasta tres años; alimentos y bebidas (aguas, zumos e infusiones para bebés) comercializados como sustitutos totales o parciales de la leche materna durante los seis primeros meses de vida; y biberones y tetinas. Recuerde que la promoción de alimentos para lactantes y niños/as pequeños/as de más de seis meses aparece en la agenda provisional de la 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, punto 21.1, A69/7 Add.1, que señala que “no se deberían promover los productos que funcionan como sucedáneos de la leche materna” (OG-IFE 2017).

Competencia: capacidad de utilizar un conjunto de conocimientos y aptitudes para desempeñar correctamente un trabajo, una función o una responsabilidad determinados. En el ámbito del asesoramiento sobre lactancia materna, las competencias pueden ser básicas o avanzadas.

Consultor/a de lactancia (consultor/a de lactancia materna certificada): profesional afín al ámbito sanitario que ha recibido un mínimo de 90 horas de formación específica sobre lactancia y cuenta con experiencia asistencial. Los/as consultores/as de lactancia tienen competencias avanzadas que les permiten brindar asesoramiento sobre lactancia materna y apoyo para afrontar problemas complejos.

Cuidado cariñoso y sensible: se caracteriza por un entorno de cuidados sensible a la salud y las necesidades de los/as niños/as, receptivo, en el que se brinda apoyo emocional y se estimula el desarrollo, y que ofrece oportunidades para jugar y explorar y protección frente a las adversidades (WHO, 2020).

Dispositivo de ayuda a la lactancia: un instrumento de apoyo a la lactancia que permite suministrar un suplemento adicional de leche materna extraída, leche de donantes o preparado para lactantes mientras se amamanta al bebé (OG-IFE, 2017).

Espacio de apoyo: término general que describe distintos tipos de espacios seguros donde mujeres y adolescentes embarazadas, madres y lactantes y niños/as pequeños/as pueden acceder a apoyo para la alimentación y el cuidado de sus hijos/as y de sí mismas en situaciones de emergencia. Bajo este término, se encuadran los espacios amigos de la infancia, zonas para madres y bebés, tiendas para bebés y rincones dedicados a la ALNP, entre otros (GNC Technical Alliance, 2020).

Evaluación exhaustiva (EE): estrategia que permite al personal asesor capacitado obtener de manera sistemática información pormenorizada sobre los hábitos de alimentación de menores de dos años, a fin de valorar y analizar qué tipo de apoyo se necesita en cada caso. La EE suele suceder a la evaluación rápida simple (ERS).

Evaluación individual: proceso para evaluar a una diáda persona cuidadora-bebé, determinar los hábitos y necesidades de alimentación del bebé lactante y decidir qué tipo de apoyo puede ser necesario. Hay dos tipos de evaluación: evaluación rápida simple y evaluación exhaustiva (OG-IFE, 2017).

Evaluación rápida simple (ERS): herramienta sencilla de cribado sistemático, para cuyo uso no es necesario tener capacitación en lactancia materna, que se utiliza para establecer con rapidez a qué madres o personas cuidadoras derivar a la evaluación exhaustiva o a otros servicios de asesoramiento (módulo 2 IFE).

Grupo de soporte entre pares: grupo de madres (u otras personas cuidadoras) que se reúnen periódicamente para compartir sus experiencias y conocimientos en torno a la lactancia, a fin de apoyarse mutuamente con la alimentación y los cuidados de sus bebés. La moderación del grupo de apoyo entre pares puede estar a cargo de un profesional o paraprofesional, quien también podría ofrecer asesoramiento individual sobre lactancia materna a las madres. Los grupos de apoyo entre pares se pueden designar también “grupos de apoyo de madres” o “grupos de apoyo entre madres”. Los grupos de apoyo entre pares en los que participan los padres se denominan “grupos de apoyo de padres” o “grupos de apoyo entre padres”.

Inicio temprano de la lactancia: provisión de leche materna a los bebés lactantes en la primera hora tras el parto.

Lactancia materna: suministro de leche materna, ya sea directamente, a través del pecho, o indirectamente, mediante extracción. Observe que la alimentación a través de leche materna extraída se puede denominar también “alimentación con leche materna”, que describe de forma más precisa *cómo* se alimenta un/a lactante, además de indicar *con qué* se alimenta.

Lactancia materna continuada: suministro de leche materna más allá de los seis meses de edad (OG-IFE, 2017).

Lactancia materna exclusiva: el bebé lactante recibe únicamente leche materna, sin ningún otro alimento líquido ni sólido, ni siquiera agua, a excepción de soluciones de rehidratación oral o gotas o jarabes de vitaminas, minerales o medicamentos (WHO, 2016).

Lactante: bebé de entre 0 y 11 meses completos (se puede designar 0-<12 meses o 0-<1 año). Por lactante mayor, se entiende un bebé de entre 6 y 11 meses completos (OG-IFE, 2017).

Niño/a pequeño/a: persona de entre 12 meses y 23 meses completos (se pueden utilizar también las designaciones 12-<24 meses o 1-<2 años) (OG-IFE, 2017).

Nodriz: mujer que amamanta a un bebé que no es su hijo/a biológico/a. (Nota: este término debe utilizarse con cuidado, ya que tiene connotaciones negativas en algunos contextos históricos o culturales, como puede ser el caso de los Estados Unidos). Si la madre del bebé también lo amamanta, la práctica se denomina *colactancia*. Si una mujer lactante aporta leche materna extraída para alimentar a un bebé que no es su hijo/a, la práctica se denomina *intercambio de le leche materna*.

Paraprofesional: tipo de personal asesor de lactancia materna con capacitación para brindar asesoramiento sin una titulación profesional formal. Los paraprofesionales suelen trabajar en colaboración con los servicios profesionales de asesoramiento sobre lactancia materna; son una extensión de estos. Ayudan al personal profesional, pero no cuentan con acreditación ni licencia para actuar como profesionales del ámbito sanitario, de la nutrición o de la lactancia. Los paraprofesionales que cuentan con una amplia capacitación y competencias avanzadas pueden ocuparse de problemas complejos relacionados con la lactancia materna. Las asesoras entre pares y los/as asesores/as sin formación específica se incluirían en esta categoría.

Personal de primera línea: personal de emergencias o de respuesta humanitaria que interactúa directamente con la población afectada por emergencias. Por ejemplo, agentes comunitarios de salud, comadronas, trabajadores/as sociales de protección infantil, promotores/as de la higiene y personal de distribución.

Prenatal: período comprendido entre la concepción y el nacimiento.

Preparación: capacidades y conocimientos desarrollados por gobiernos, organizaciones profesionales de respuesta, comunidades y personas para anticiparse y responder con eficacia a los efectos de circunstancias o acontecimientos peligrosos probables, inminentes o actuales (OG-IFE, 2017).

Prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI): programas e intervenciones diseñados para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil del VIH (OG-IFE, 2017).

Primeros auxilios psicológicos (PAP): apoyo emocional y material de primera línea orientado a personas en situaciones de extrema necesidad tras una crisis reciente (a gran escala o individual). Los principios de actuación clave en el ámbito de los PAP se centran en *observar, escuchar y conectar*, en el marco de una respuesta humana y de apoyo.

Puerperio: período que comprende las seis semanas inmediatamente posteriores al parto (42 días). El puerperio se divide en inmediato (primeras 24 horas), precoz (del día 2 al 7) y tardío (del día 8 al 42).

Relactación: reanudación de la producción de leche materna (lactancia) en una mujer que ha dejado de lactar, haga poco o mucho tiempo, para poder amamantar a su hijo/a o a otro bebé, aun sin haberse producido otra gestación. La *lactancia inducida* es la estimulación de la producción de leche materna en una mujer que no ha amamantado antes (OG-IFE, 2017).

Sucedáneo de la leche materna (SLM): Todo alimento (sólido o líquido) comercializado o de otro modo presentado o utilizado como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin. En cuanto a los productos lácteos, las recientes directrices de la OMS han aclarado que se incluye entre los SLM cualquier leche que se comercialice específicamente como alimento para lactantes y niños/as pequeños/as, hasta los tres años de edad. Consulte la definición del Código para obtener información más detallada (OG-IFE, 2017).

Supervisión constructiva: proceso mediante el cual se pretende ayudar al personal asesor a mejorar su desempeño laboral de forma continuada, con una perspectiva positiva y colaborativa que promueve la mentoría, la resolución de problemas y la comunicación bidireccional.

Notas finales

- i WHO (2020). Improving Early Childhood Development: WHO Guideline
- ii Humanitarian Coalition (2015).
- iii Anderson and Gerber (2018). Health in Humanitarian Emergencies.
- iv Branca, F., Schultink, W. (2016). Breastfeeding in emergencies: a question of survival. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breastfeeding-in-emergencies/en/> Published 2016.
- v Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- vi Harville, E., Xiong, X., Buekens, P. (2010). Disasters and perinatal health: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(11):713-728. doi:10.1097/OGX.0b013e31820eddbe
- vii Heining (2005). Hope in the darkest days: breastfeeding support in emergencies.
- viii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826–1833 (2018).
- ix Brown, A. (2019). *Why breastfeeding grief and trauma matter*. Pinter & Martin.
- x Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35: 720-738..
- xi Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *Journal of Human Lactation*. August 2020. doi:10.1177/0890334420949514
- xii Global Breastfeeding Collective. Advocacy Brief – Breastfeeding and Early Childhood Development. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/351/file/Breastfeeding%20and%20early%20childhood%20development.pdf>
- xiii Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35: 720-738.
- xiv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) International Handbook on Gender and Demographic Processes. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- xv Meier, B. J. and Labbok, M. (2010). From the bottle to the grave: realizing a human right to breastfeeding through global health policy. *Case Western Law Review*, Volume 60, Issue 4, 1073-1142
- xvi Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35: 720-738.
- xvii WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices
- xviii IFE Core Group (2017). Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Operational Guidance for Emergency Relief Staff and Programme Managers.
- xix WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices
- xx IFE Core Group (2017). Operational Guidance Infant and Young Child Feeding in Emergencies.
- xxi Burrell, A. (2019). Challenges in protecting non-breastfed infants in the Rohingya response in Bangladesh. *Field Exchange* 61, November 2019. p40. www.enonline.net/fex/61/nonbreastfedinfantsrohingya
- xxii McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L. et al. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2019;14:42. Published 2019 Oct 21. doi:10.1186/s13006-019-0235-8
- xxiii WHO (2014). A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): a multisectoral policy compendium for RMNCH.
- xxiv UNICEF (2014). Study on Integrated Programming in UNICEF Humanitarian Action
- xxv Mohamed Assabri, A., Cooper, C. M., Al-Gendari, K. A., Pfitzer, A., Galloway, R. (2019). The power of counseling: Changing maternal, infant, and young child nutrition and family planning practices in Dhamar, Yemen. *Health Care Women Int.* 2019;40(7-9):847-869. doi:10.1080/07399332.2018.1533016
- xxvi Neusy, S. (2016). Integrating nutrition and antenatal care: a reproductive health perspective. *Field Exchange* 52, June 2016.
- xxvii Kavle, J. A., Pacqué, M., Dalglish, S., Mbombeshayi, E., Anzolo, J., Mirindi, J., Tosha, M., Safari, O., Gibson, L., Straubinger, S., Bachunguye, R. (2019). Strengthening nutrition services within integrated community case management (iCCM) of childhood illnesses in the Democratic Republic of the Congo: Evidence to guide implementation. *Matern Child Nutr.* 2019 Jan;15 Suppl 1(Suppl 1):e12725. doi: 10.1111/mcn.12725. PMID: 30748116; PMCID: PMC6594103.
- xxviii Seguin, J. (2015). Challenges of IYCF and psychosocial support in Lebanon. *Field Exchange* 48, November 2014. p24. www.enonline.net/fex/48/challenges
- xxix Save the Children (2014). State of the World's Mothers 2014: Saving Mothers and Children in Humanitarian Crises. Westport: Save the Children
- xxx Garg, A., Bucu, A. R. and Garela, R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61.
- xxxi MirMohamadilile, M, Khani Jazani, R, Sohrabizadeh, S and Nikbakht Nasrabadi, A (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(1), 20-24.
- xxxii Sibson, V. (2009). Putting IFE guidance into practice: operational challenges in Myanmar. *Field Exchange* 36, July 2009. p30.
- xxxiii Garg, A., Bucu, A. R. and Garela, R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61.
- xxxiv Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. *Confl Health.* 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s13031-019-0244-7
- xxxv Hull, N., Kam, R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic:

- Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association.
- xxxvi Kumar Das, S., Dr Meleh, S., Dr Chiroma, U., Assaye, B. and Gallagher, M. L. (2019). Nutritional response in north-eastern Nigeria: Approaches to increase service availability in Borno and Yobe States. *Field Exchange* 59, January 2019. p43. www.ennonline.net/fex/59/nigerianutpackagescaleup
- xxxvii Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. *Field Exchange* August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save
- xxxviii Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. *Prehosp Disaster Med.* 2013;28(2):150-154.
- xxxix Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. *Field Exchange* 48, November 2014. p85. www.ennonline.net/fex/48/managinginfant
- xi Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. *Field Exchange* August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save
- xii Sibson, V. (2009). Putting IFE guidance into practice: operational challenges in Myanmar. *Field Exchange* 36, July 2009. p30.
- xliii Moran, V. H., Dinwoodie, K., Bramwell, R., Dykes, F. (2000). A critical analysis of the content of the tools that measure breast-feeding interaction. *Midwifery.* 2000 Dec;16(4):260-8.
- xliv MAMI Project: Chapter 7. Review of Breastfeeding Assessment Tools. <https://www.ennonline.net/attachments/977/mami-chapter-7-review-of-breastfeeding-assessment-tools.pdf>
- xlv OCHA (2019). Global Humanitarian Overview
- xlv Mohamad Assabri, A., Cooper, C. M., Al-Gendari, K. A., Pfitzer, A., Galloway, R. (2019). The power of counseling: Changing maternal, infant, and young child nutrition and family planning practices in Dhamar, Yemen. *Health Care Women Int.* 2019;40(7-9):847-869. doi:10.1080/07399332.2018.1533016
- xlvi Feenstra, M. M., Jørgine Kirkeby, M., Thygesen, M., Danbjørg, D. B., Kronborg, H. (2018). Early breastfeeding problems: A mixed method study of mothers' experiences. *Sex Reprod Healthc.* 2018 Jun;16:167-174. doi: 10.1016/j.srhc.2018.04.003. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29804762.
- xlvii WHO (2018). Guideline: counselling of women to improve breastfeeding practices
- xlviii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. *Breastfeeding Review*, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.
- xlix Dhillon S., Dhillon P. S. (2020). Telelactation: A Necessary Skill With Puppet Adjuncts During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Human Lactation.* September 2020. doi:10.1177/0890334420958623
- i DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826–1833 (2018).
- ii Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(3):625-630.
- iii Ref: <https://www.unocha.org/es/themes/humanitarian-access>
- iiii Ref: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/dms/Documents/OOM_HumAccess_English.pdf
- liv McFadden, A., Siebelt, L., Marshall, J. L. et al. (2019). Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J.* 2019;14:42. Published 2019 Oct 21. doi:10.1186/s13006-019-0235-8
- lv WHO and UNICEF (2021). IG-BFC
- lvi Wouk, K., Tully, K. P., Labbok, M. H. (2017). Systematic Review of Evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative Step 3: Prenatal Breastfeeding Education. *Journal of Human Lactation.* 2017;33(1):50-82. doi:10.1177/0890334416679618
- lvii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. *Breastfeeding Review*, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.
- lviii Hill, P., Aldag, J., Chatterton, R. and Zinaman, M. (2005). Psychological Distress and Milk Volume in Lactating Mothers. *Western journal of nursing research.* 27. 676-93; discussion 694. 10.1177/0193945905277154.
- lix Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007) Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J* 11, 307–311 (2007).
- lx MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine.* 34(1), 20-24.
- lxi IASC (2010). Guidelines for addressing HIV in humanitarian settings.
- lxii Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food and Nutrition Bulletin.* 38(3), 319–337.
- lxiii MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabizadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine.* 34(1), 20-24.
- lxiv Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. *Field Exchange* 41, August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save
- lxv IFE Core Group (2021). Infographic on Infant and Young Child Feeding during Infectious Disease Outbreaks.
- lxvi Hull, N., Kam, R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association
- lxvii Ceulemans, M., Verbakel, J. Y., Van Calsteren, K., Eerdeken, A., Allegaert, K., Foulon V. (2020). SARS-CoV-2 Infections and Impact of the COVID-19 Pandemic in Pregnancy and Breastfeeding: Results from an Observational Study in Primary Care in Belgium. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Sep 17;17(18):E6766. doi: 10.3390/ijerph17186766. PMID: 32957434.
- lxviii WHO and UNICEF (2018). Guía operativa: HIV and Infant Feeding in Emergencies
- lxix WHO and UNICEF (2018). Guía operativa: HIV and Infant Feeding in Emergencies
- lxx Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019;42(2):E1-E12.
- lxxi Cook, V. (2010). Infant feeding in emergencies. *Br J Midwifery.* 2010;18(1):32-36
- lxxii Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) *International Handbook on Gender and Demographic Processes.*

- International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- lxxxiii Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain, N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(3):625-630.
- lxxxiv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) *International Handbook on Gender and Demographic Processes.* International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- lxxxv Gribble, K. D. (2013). Media messages and the needs of infants and young children after Cyclone Nargis and the WenChuan Earthquake. *Disasters*, 37: 80-100. doi:10.1111/j.1467-7717.2012.01289.x
- lxxxvi MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabzadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(1), 20-24.
- lxxxvii Harville, E., Xiong, X., Buekens, P. (2010). Disasters and perinatal health: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2010;65(11):713-728. doi:10.1097/OGX.0b013e31820eddb
- lxxxviii Montenegro, M. A., Palomino, H., Palomino, H. M. (1995). The influence of earthquake-induced stress on human facial clefting and its simulation in mice. *Arch Oral Biol.* 1995 Jan;40(1):33-7. doi: 10.1016/0003-9969(94)00146-3. PMID: 7748110.
- lxxxix Holt International (2019). *Holt International's Feeding And Positioning Manual: Guidelines For Working With Babies And Children*
- lxxx Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. *Breastfeeding Review*, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.
- lxxxxi Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019;42(2):E1-E12.
- lxxxii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826-1833 (2018).
- lxxxiii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015).
- lxxxiv Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food and Nutrition Bulletin*, 38(3), 319-337.
- lxxxv MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabzadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(1), 20-24.
- lxxxvi Hull, N., Kam R. L., Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association
- lxxxvii Dörnemann, J. and Kelly, A. H. (2013). 'It is me who eats, to nourish him': a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. *Maternal & Child Nutrition*, 9: 74-89.
- lxxxviii Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. *Confl Health.* 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s13031-019-0244-7
- lxxxix Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. *Field Exchange* 41, August 2011. p64. www.ennonline.net/fex/41/save
- xc Figueiredo, B., Dias, C. C., Brandão, S., Canário, C., Nunes-Costa, R. (2012). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J Pediatr (Rio J)*. 2013 Jul-Aug;89(4):332-8. doi: 10.1016/j.jppe.2012.12.002. Epub 2013 Jun 20. PMID: 23791236.
- xcii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. *Breastfeeding Review*, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.
- xciii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015). Shaken but not broken: Supporting breastfeeding women after the 2011 Christchurch New Zealand earthquake [online]. *Breastfeeding Review*, Vol. 23, No. 3, Nov 2015: 7-13.
- xciv Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. *Prehosp Disaster Med.* 2013;28(2):150-154.
- xcv Diwakar, V., Malcolm, M., Naufal, G. (2019). Violent conflict and breastfeeding: the case of Iraq. *Confl Health.* 2019;13:61. Published 2019 Dec 30. doi:10.1186/s13031-019-0244-7
- xcvi MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabzadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(1), 20-24.
- xcvii Ceulemans et al. (2020)
- xcviii Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. *ANS Adv Nurs Sci.* 2019;42(2):E1-E12.
- xcix Maheen, H., Hoban, E. (2017). Rural Women's Experience of Living and Giving Birth in Relief Camps in Pakistan. *PLOS Currents Disasters.* 2017 Jan 31 . Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.7285361a16eefbeddacc8599f326a1dd.
- c Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007). Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J* 11, 307-311 (2007).
- ci MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabzadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(1), 20-24.
- cii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826-1833 (2018).
- ciiii Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. *Matern Child Nutr.* 2020;e13033. https://doi.org/10.1111/mcn.13033
- civ WHO (2020). Guidelines for the management of pregnant and breastfeeding women in the context of Ebola virus disease
- cv Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *Journal of Human Lactation.* August 2020. doi:10.1177/0890334420949514
- cvi Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross M. S. (2020).

- Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *Journal of Human Lactation*. August 2020. doi:10.1177/0890334420949514
- cvii Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. *Matern Child Nutr*. 2020;e13033. <https://doi.org/10.1111/mcn.13033>
- cviii Brown, A. (2019). Why Breastfeeding Grief and Trauma Matter.
- cix Tomori, C., Gribble, K., Palmquist, A. E. L., Ververs, M-T., Gross, M. S. (2020). When Separation is not the Answer: Breastfeeding Mothers and Infants affected by COVID-19. *Matern Child Nutr*. 2020;e13033. <https://doi.org/10.1111/mcn.13033>
- cx Maheen, H., Hoban, E. (2017). Rural Women's Experience of Living and Giving Birth in Relief Camps in Pakistan. *PLOS Currents Disasters*. 2017 Jan 31 . Edition 1. doi: 10.1371/currents.dis.7285361a16eeefbeddacc8599f326a1dd.
- cxii Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) *International Handbook on Gender and Demographic Processes*. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- cxiii Gribble, K., Marinelli, K. A., Tomori, C., Gross, M. S. (2020). Implications of the COVID-19 Pandemic Response for Breastfeeding, Maternal Caregiving Capacity and Infant Mental Health. *Journal of Human Lactation*. August 2020. doi:10.1177/0890334420949514
- cxiiii Human Appeal (2020). Risking Death to Give Birth.
- cxv Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) *International Handbook on Gender and Demographic Processes*. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- cxvi Kendall-Tackett, K. (2014). Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder: Symptoms and Impact on Breastfeeding. *Clinical Lactation*. 5. 51-55. 10.1891/2158-0782.5.2.51.
- cxvii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826–1833 (2018).
- cxviii Abrams, S. A. (2020). *Are there shortages of infant formula due to COVID-19?* <https://www.healthychildren.org/English/tipstools/ask-the-pediatrician/Pages/Are-there-shortages-of-infantformula-due-to-COVID-19.aspx>
- cxix Pantella, L. (2011). Save the Children's IYCF programme and linkages to Protection, Food Security and Livelihoods in Haiti. *Field Exchange* 41, August 2011. p64. www.enonline.net/fex/41/save
- cxix Hull, N., Kam, R. L. and Gribble, K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association
- cxx Hirani, S A A, Richter, S, Salami, B O, Vallianatos, H (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(2):E1-E12.
- cxxi Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. *Prehosp Disaster Med*. 2013;28(2):150-154.
- cxvii Azad, F., Rifat, M. A., Manir, M. Z., Biva, N. A. (2019). Breastfeeding support through wet nursing during nutritional emergency: A cross sectional study from Rohingya refugee camps in Bangladesh. *PLoS ONE* 14(10): e0222980.
- cxviii de Souza Mezzavilla, R., de Figueiredo Ferreira, M., Curioni, C. C., Lindsay, A. C., Hasselmann, M. H. (2018). Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies, *Jornal de Pediatria*, Volume 94, Issue 3,
- cxvix Modigell, I., Fernandes, C. and Gayford M. (2016). Save the Children's IYCF-E Rapid Response in Croatia. *Field Exchange* 52, June 2016. p106. www.enonline.net/fex/52/rapidresponseincroatia
- cxvii Svoboda, A. (2017). Retrospective qualitative analysis of an infant and young child feeding intervention among refugees in Europe. *Field Exchange* 55, July 2017. p85. www.enonline.net/fex/55/ifyrefugeeseurope
- cxviii DeYoung, S. E., Chase, J., Branco, M. P. et al. (2018). The Effect of Mass Evacuation on Infant Feeding: The Case of the 2016 Fort McMurray Wildfire. *Matern Child Health J* 22, 1826–1833 (2018).
- cxviii Callaghan, W. M., Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J. et al. (2007). Health Concerns of Women and Infants in Times of Natural Disasters: Lessons Learned from Hurricane Katrina. *Matern Child Health J* 11, 307–311 (2007).
- cxviii Hull, N., Kam R. L. and Gribble K. D. (2020). Providing breastfeeding support during the COVID-19 pandemic: Concerns of mothers who contacted the Australian Breastfeeding Association
- cxvix Hirani, S. A. A., Richter, S., Salami, B. O., Vallianatos, H. (2019). Breastfeeding in Disaster Relief Camps: An Integrative Review of Literature. *ANS Adv Nurs Sci*. 2019;42(2):E1-E12.
- cxviii Assefa, F., Sukotjo, S., Winoto, A. and Hipgrave, D. (2008). Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions. *Field Exchange* 34, October 2009, p.29
- cxviii Carothers, C. and Gribble, K. D. (2014). Infant and Young Child Feeding in Emergencies. *Journal of Human Lactation*, 30(3), 272–275.
- cxviii Branca, F., Schultink, W. (2016). Breastfeeding in emergencies: a question of survival. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/breastfeeding-in-emergencies/en/>. Published 2016.
- cxviii Binns, C. W., Lee, M. K., Tang, L., Yu, C., Hokama T. and Lee, A. (2012). Ethical Issues in Infant Feeding After Disasters. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 24(4), 672–680.
- cxviii Dörnemann, J. and Kelly, A. H. (2013). 'It is me who eats, to nourish him': a mixed-method study of breastfeeding in post-earthquake Haiti. *Maternal & Child Nutrition*, 9: 74–89.
- cxviii MirMohamadilile, M., Khani Jazani, R., Sohrabzadeh, S. and Nikbakht Nasrabadi, A. (2019). Barriers to Breastfeeding in Disasters in the Context of Iran. *Prehospital and Disaster Medicine*. 34(1), 20-24.
- cxviii Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35: 720-738.
- cxviii Palmquist, A. E. L., Gribble, K. D. (2018). Gender, Displacement, and Infant and Young Child Feeding in Emergencies. In: Riley N., Brunson J. (eds) *International Handbook on Gender and Demographic Processes*. International Handbooks of Population, vol 8. Springer, Dordrecht
- cxviii Sulaiman, Z., Mohamad, N., Ismail, T. A., Johari, N., Hussain, N. H. (2016). Infant feeding concerns in times of natural disaster: lessons learned from the 2014 flood in Kelantan, Malaysia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2016;25(3):625-630.

- cxix Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A. and Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35: 720-738.
- cxl Assefa, F., Sri Sukotjo, S. (Ninik), Winoto, A. and Hipgrave D. (2008). Increased diarrhoea following infant formula distribution in 2006 earthquake response in Indonesia: evidence and actions. *Field Exchange* 34, October 2008. p29. www.enonline.net/fex/34/special
- cxli Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
- cxlii Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food and Nutrition Bulletin*, 38(3), 319-337.
- cxliii Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: IASC.
- cxliv Hays, K. E. and Prepas, R. (2015). The Professionalization of International Disaster Response: It Is Time for Midwives to Get Ready. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60: 348-359.
- cxlv Shukri, N. H. M., Wells, J., Eaton, S., Mukhtar, F., Petelin, A., Jenko-Pražnikar, Z., Fewtrell, M. (2019). Randomized controlled trial investigating the effects of a breastfeeding relaxation intervention on maternal psychological state, breast milk outcomes, and infant behavior and growth. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Volume 110, Issue 1, July 2019, Pages 121-130, <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqz033>
- cxlvi Lasater, M., Woldeyes, G., Le Roch, K., Phan, X., Solomon-Osborne, A. and Murray, S. (2020). Lessons learned evaluating the baby friendly spaces program for south Sudanese refugees in Gambella, Ethiopia: strengthening research and programmatic partnerships to address maternal and child health and psychosocial needs in humanitarian emergencies. *Conflict and Health*. 14. [10.1186/s13031-020-00299-5](https://doi.org/10.1186/s13031-020-00299-5).
- cxlvii Castillo, M. S., Corsino, M. A., Calibo, A. P., Zeck, W., Capili, D. S., Andrade, L. C. and Silvestre, M. A. (2016). Turning disaster into an opportunity for quality improvement in essential intrapartum and newborn care services in the philippines: Pre-to posttraining assessments. *BioMed research international*, 2016.
- cxlviii Sami, S., Kerber, K., Tomczyk, B., Amsalu, R., Jackson, D., Scudder, E. and Mullany, L. C. (2017). "You have to take action": changing knowledge and attitudes towards newborn care practices during crisis in South Sudan. *Reproductive health matters*, 25(51), 124-139.
- cxlix Jorgensen et al. (2010).
- cl WHO and UNICEF (2019). *Advocacy Brief: Breastfeeding and Family Friendly Policies*.
- cli Fänder, G. and Frega M. (2015). Responding to nutrition gaps in Jordan in the Syrian Refugee Crisis: Infant and Young Child Feeding education and malnutrition treatment. *Field Exchange* 48, November 2014. p82. www.enonline.net/fex/48/responding
- clii Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. *Field Exchange* 48, November 2014. p85. www.enonline.net/fex/48/managinginfant
- cliii Murphy, M. T., Abebe, K., O'Mahony, S., Barthorp H. and Andert C. (2017). Management of acute malnutrition in infants less than six months in a South Sudanese refugee population in Ethiopia. *Field Exchange* 55, July 2017. p70. www.enonline.net/fex/55/mamisudanrefugees
- cliv Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. *Field Exchange* 48, November 2014. p85. www.enonline.net/fex/48/managinginfant
- clv WHO (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services – the revised Baby-friendly Hospital Initiative*.
- clvi Hays et al. (2015).
- clvii Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61.
- clviii MacLaine, A. and Corbett, M. (2006). 'Infant feeding in emergencies: experiences from Indonesia and Lebanon'. *Field Exchange*. 29. pp. 2-4.
- clix Ehiri, J. E., Gunn, J. K., Center, K. E., Li, Y., Rouhani, M., Ezeanolue, E. E. (2014). Training and deployment of lay refugee/internally displaced persons to provide basic health services in camps: a systematic review. *Glob Health Action*. 2014;7:23902. Published 2014 Oct 1. doi:10.3402/gha.v7.23902
- clx Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. *Prehosp Disaster Med*. 2013;28(2):150-154.
- clxi Bloem, C. M., Miller, A. C. (2013). Disasters and women's health: reflections from the 2010 earthquake in Haiti. *Prehosp Disaster Med*. 2013;28(2):150-154. 3
- clxii Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61.
- clxiii Alsamman, S. (2015). Managing infant and young child feeding in refugee camps in Jordan. *Field Exchange* 48, November 2014. p85. www.enonline.net/fex/48/managinginfant
- clxiv Garg, A., Bucu A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61.
- clxv Emerson, J. A., Tol, W., Caulfield, L. E. and Doocy, S. (2017). Maternal Psychological Distress and Perceived Impact on Child Feeding Practices in South Kivu, DR Congo. *Food and Nutrition Bulletin*, 38(3), 319-337.
- clxvi Jorgensen, A. M., Mendoza, G. J., Henderson, J. L. (2010). Emergency Preparedness and Disaster Response Core Competency Set for Perinatal and Neonatal Nurses, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, Volume 39, Issue 4, Pages 450-467,
- clxvii UNICEF (2013). *Community IYCF Counselling Package*
- clxviii Hargest-Slade, A. C. and Gribble, K. D. (2015).
- clxix Garg, A., Bucu, A. R. and Garela R. G. (2016). Philippines Nutrition Cluster: lessons learnt from the response to Typhoon Haiyan (Yolanda). *Field Exchange* 52, June 2016. p61. www.enonline.net/fex/52/nutritionclusterphilippines
- clxx Save the Children and Tech RRT (2020). *IYCF-E Standard Operating Procedures for Emergency Response Teams*
- clxxi Kumar Das, S., Dr Meleh, S., Dr Chiroma, U., Assaye, B. and Gallagher, M. L. (2019). Nutritional response in north-eastern Nigeria: Approaches to increase service availability in Borno and Yobe States. *Field Exchange* 59, January 2019. p43. www.enonline.net/fex/59/nigerianutpackagescaleup

Anexo A

EVALUACIÓN RÁPIDA SIMPLE ¹

Instrucciones:

- a) Utilice este formulario de evaluación para todas las madres o cuidadores/as que tengan niños/as de 0 a 23 meses (menores de 2 años)
- b) Una vez finalizada la evaluación, decida si la persona cuidadora o madre necesita asesoramiento, una evaluación exhaustiva u otros servicios.
- En caso afirmativo, cumplimente el formulario de remisión.
 - De lo contrario, remítala a los servicios de apoyo a la ALNP (p. ej., educación, grupo de apoyo entre pares).

EVALUACIÓN RÁPIDA SIMPLE			
Nombre/número de identificación del/de la profesional		Fecha de la evaluación	
Nombre del/de la niño/a		Género	
Edad del/de la niño/a			
Nombre de la persona cuidadora		Relación con la persona cuidadora	
Código del centro de salud		Lugar	

PREGUNTAR			
Edad del/de la bebé	<input type="checkbox"/> 0-5,9 meses <input type="checkbox"/> Recién nacido/a (<28 días)	<input type="checkbox"/> 6-12 meses	<input type="checkbox"/> 12-24 meses
¿Se le da el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
(En caso afirmativo) ¿Hay dificultades para darle el pecho?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma el/la bebé preparación para lactantes o leche en polvo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Bebe algo más el/la bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No se aplica	No se aplica
¿Come algo más el/la bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OBSERVAR			
¿Hay varios/as niños/as (gemelas/trillizos, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona cuidadora solicitó preparación para lactantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El/la bebé se ve muy delgado/a, aletargado/a o enfermo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene los ojos hundidos o la piel flácida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona cuidadora o el/la niño/a tiene alguna deficiencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona cuidadora se ve muy delgada o enferma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿La persona cuidadora parece estar muy nerviosa, estresada, triste o angustiada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Leyenda:

- Prioridad 1:** remitir para una evaluación exhaustiva **Prioridad 2:** remitir para una evaluación exhaustiva
- No hace falta asesoramiento sobre la ALNP: elogiar y animar

¹ Adaptado de "IYCF-E Toolkit" de Save the Children

Anexo B

FORMULARIO PARA LA EVALUACIÓN COMPLETA DE LA ALNP: DE 0 A 23 MESES¹

Este es un ejemplo de herramienta de evaluación de la alimentación que se ha adaptado de la guía práctica de ALNP de Save the Children y debe contextualizarse antes de su uso. Consulte siempre primero las guías y directrices de evaluación nacionales y subnacionales autorizadas.

1. RECOPIRAR INFORMACIÓN BÁSICA					
Identificación de la persona asesora		Lugar		Fecha de la evaluación	/ /
Nombre de la persona cuidadora		Relación con el/la niño/a	Madre/padre/abuela/hermano/otra: _____		
Nombre del/de la niño/a		Sexo	Masculino/ Femenino	Número de identificación del/de la niño/a	
Fecha de nacimiento del/de la niño/a	/ /	Edad del/de la niño/a	_____ meses	Edad de la persona cuidadora	_____ años
Nombre de la persona cuidadora		Relación con el/la niño/a			
Código del centro de salud		Nombre del centro de salud		Distrito	
Fuente de la remisión	<input type="checkbox"/> Autorremisión <input type="checkbox"/> ERS, del servicio de _____ <input type="checkbox"/> Sin ERS, directamente del servicio de _____				

2. COMPROBAR SI HAY SEÑALES DE PELIGRO ²		
¿Está aletargado/a o inconsciente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Lo vomita todo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es incapaz de beber o lactar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le cuesta respirar? (frecuencia respiratoria, tiraje)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está frío/a o tiene fiebre? (<35,5 °C o ≥ 38 °C)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Hay edema con fóvea bilateral? (+/++/+++)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿La cuidadora parece haber perdido el contacto con la realidad o su comportamiento parece entrañar algún riesgo para el lactante?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MEDIDA: SI SE MARCA ALGUNA RESPUESTA COMO SÍ → REMISIÓN URGENTE A LOS SERVICIOS SANITARIOS ANTES DE CONTINUAR CON LA EVALUACIÓN DE LA ALNP		

3. PREGUNTAR SOBRE LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN		
Hábleme de sus experiencias con la alimentación del/de la bebé. ¿Qué inquietudes desea que tratemos hoy? ¿O tiene alguna pregunta?		
¿De qué y cómo se alimenta el/la bebé? (Seleccione todas las opciones que correspondan)	<input type="checkbox"/> Lactancia materna, en el pecho de la madre <input type="checkbox"/> Leche materna extraída de la misma madre <input type="checkbox"/> Leche materna extraída que se comparte de modo informal <input type="checkbox"/> Leche materna de donante <input type="checkbox"/> Le da el pecho una mujer que no es su madre <input type="checkbox"/> En parte mediante alimentación artificial (SLM) <input type="checkbox"/> Exclusivamente mediante alimentación artificial (SLM) <input type="checkbox"/> Exclusivamente mediante alimentación artificial (SLM)	
	<input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Cuchara <input type="checkbox"/> Vaso	
¿Come o bebe el/la bebé algo que no sea leche materna? ³	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

¹ Adaptado de "IYCF-E Toolkit: Rapid Start Up for Emergency Nutrition Personnel" de Save the Children y del formulario de observación B-R-E-A-S-T-FEED de la OMS.

² Adaptado de las señales de peligro AIEPI. Consulte las directrices nacionales en materia de AIEPI.

³ Nota: En la formación debe indicarse a la asesora que investigue (p. ej., "¿y agua? ¿Le da agua al/a la bebé?").

(En caso afirmativo) ¿Qué más le da al/a la bebé?		<input type="checkbox"/> Preparación para lactantes <input type="checkbox"/> Otras leches <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Té/café <input type="checkbox"/> Bebidas azucaradas/refrescos <input type="checkbox"/> Zumo: _____ ml/vasos <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Otros ⁴ : _____	
Número de hijos/as anteriores:		Número de hijos/as anteriores amamantados/as:	
MEDIDA: SI RECIBE ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL → CUMPLIMENTAR EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN COMPLETA: ALIMENTACIÓN ARTIFICIAL			
(En caso afirmativo) ¿Qué más le da al/a la bebé?			
¿Utiliza chupete?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿El/la bebé está enfermo/a ahora mismo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
(En caso afirmativo) Desde que está enfermo/a, ¿ha habido algún cambio en la forma de alimentarlo/a?			
Lactancia materna	<input type="checkbox"/> Más/sin cambios	<input type="checkbox"/> Con menor frecuencia	<input type="checkbox"/> Se ha interrumpido
(Si tiene entre 6 y 23 meses) Alimentación complementaria	<input type="checkbox"/> Más/sin cambios	<input type="checkbox"/> Con menor frecuencia	<input type="checkbox"/> Se ha interrumpido
Extras	<input type="checkbox"/> Alimentos extranutritivos	<input type="checkbox"/> Preparación para lactantes	

4. COMPROBAR EL PAÑAL

¿Cuántos pañales moja el/la bebé en 24 horas?	_____		
¿La orina del/de la bebé tiene un olor o color fuerte?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Cuántos pañales ensucia el/la bebé en 24 horas?	_____ ⁵		
¿Últimamente ha habido algún cambio respecto a lo habitual?	<input type="checkbox"/> Deposiciones menos frecuentes	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Sin cambios
MEDIDA: SI EL PAÑAL SE CAMBIA POCO O SE NOTA ALGO RARO → VER SI LA PRODUCCIÓN DE LECHE PUEDE SER BAJA			
MEDIDA: SI EL/LA NIÑO/A TIENE DIARREA → REMITIR A LOS SERVICIOS DE SALUD			

5. PREGUNTAR SOBRE LA LACTANCIA O LA ALIMENTACIÓN CON LECHE MATERNA

¿Con qué frecuencia amamanta o alimenta al/a la bebé con leche materna?	_____ veces en total	_____ veces por la noche
¿Cómo decide la frecuencia con la que hay que alimentar al/a la bebé?	<input type="checkbox"/> A demanda	<input type="checkbox"/> Pautada
(Si da el pecho) ¿Siente algún dolor o molestia al dar el pecho?	<input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> No

6. PREGUNTAR SI SE PUEDE OBSERVAR A LA MADRE DANDO EL PECHO (SI PROCEDE)

Evaluar la salud de los pechos:	Color: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Enrojecimiento Estado: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Brillante <input type="checkbox"/> Rígido <input type="checkbox"/> Caliente
	<input type="checkbox"/> Congestionado <input type="checkbox"/> Pezón lastimado <input type="checkbox"/> Posible obstrucción del conducto <input type="checkbox"/> Posible mastitis <input type="checkbox"/> Posible candidiasis <input type="checkbox"/> Posible absceso mamario
MEDIDA: SI HAY CANDIDIASIS, ABSCESO MAMARIO O MASTITIS → REMITIR A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA SU TRATAMIENTO	
Señales de que la lactancia materna es satisfactoria POSICIÓN DEL CUERPO <input type="checkbox"/> La madre está relajada y cómoda <input type="checkbox"/> La madre tiene la espalda y los brazos bien apoyados <input type="checkbox"/> El cuerpo del/de la bebé está cerca, mirando hacia el pecho <input type="checkbox"/> La alimentación comienza con la nariz del/de la bebé frente al pezón <input type="checkbox"/> La cabeza del/de la bebé está suelta <input type="checkbox"/> La cabeza y el cuerpo del/de la bebé están rectos (en línea) <input type="checkbox"/> La barbilla del/de la bebé toca el pecho	Señales de posible dificultad POSICIÓN DEL CUERPO <input type="checkbox"/> Los hombros están tensos o ladeados sobre el/la bebé <input type="checkbox"/> El cuerpo del/de la bebé está alejado del de la madre <input type="checkbox"/> La alimentación comienza con la boca del/de la bebé frente al pezón <input type="checkbox"/> El/la bebé no puede mover la cabeza libremente hacia atrás <input type="checkbox"/> El cuello del/de la bebé está torcido o no está en línea con el hombro y la cadera <input type="checkbox"/> La barbilla del/de la bebé no toca el pecho

⁴ Nota: Contextualizar con los líquidos que más se proporcionen.

⁵ Nota: Debe proporcionarse a los/as asesores/as ayudas o material de referencia y formación sobre lo que se considera aceptable en cuanto a las deposiciones en función de la edad del lactante y de lo que se le da de comer.

Señales de que la lactancia materna es satisfactoria	Señales de posible dificultad
<p>REACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El/la bebé pide pecho si tiene hambre <input type="checkbox"/> [El/la bebé busca el pecho] <input type="checkbox"/> El/la bebé explora el pecho con la lengua <input type="checkbox"/> El/la bebé está tranquilo/a y consciente <input type="checkbox"/> El/la bebé se queda enganchado/a al pecho <input type="checkbox"/> [Señales de salida de la leche] Goteo, entuertos <p>ESTADO EMOCIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO AFECTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agarre firme y seguro <input type="checkbox"/> Contacto visual <input type="checkbox"/> Reflejo de expresiones faciales entre progenitora e hijo <input type="checkbox"/> Muchas caricias por parte de la madre <input type="checkbox"/> Responde a las necesidades del/de la bebé <p>SUCCIÓN/ACOPLAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Boca bien abierta <input type="checkbox"/> Labio inferior vuelto hacia fuera <input type="checkbox"/> Lengua curvada alrededor del pecho <input type="checkbox"/> Mofletes <input type="checkbox"/> Más areola sobre la boca del/de la bebé <input type="checkbox"/> Succiones lentas y profundas, arranques con pausas <input type="checkbox"/> Se puede ver u oír la deglución <p>FINALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> El/la bebé suelta el pecho <input type="checkbox"/> El pezón se ve normal/redondo/erecto <input type="checkbox"/> El/la bebé mamó durante más de 5 minutos <input type="checkbox"/> La madre deja el pecho a disposición del/de la bebé o le ofrece el otro <input type="checkbox"/> El/la bebé tiene las manos relajadas o abiertas <input type="checkbox"/> El/la bebé se ve relajado/satisfecho/somnoliento <input type="checkbox"/> Los pechos se sienten más blandos 	<p>REACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No responde al pecho <input type="checkbox"/> [No se observa agarre] <input type="checkbox"/> Al/a la bebé no le interesa el pecho <input type="checkbox"/> El/la bebé está inquieto/a o llora <input type="checkbox"/> El/la bebé se separa del pecho <input type="checkbox"/> [No hay señales de salida de la leche] <input type="checkbox"/> La madre muestra señales de dolor o malestar <input type="checkbox"/> El/la bebé tose, tiene náuseas o se atraganta <p>ESTADO EMOCIONAL Y ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULO AFECTIVO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Agarre agitado o flojo <input type="checkbox"/> Sin contacto visual <input type="checkbox"/> El/la bebé o el pecho tiemblan o se agitan <input type="checkbox"/> Pocas caricias <input type="checkbox"/> Le cuesta calmar al/a la bebé cuando llora <p>SUCCIÓN/ACOPLAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La boca no está bien abierta ni apunta hacia delante <input type="checkbox"/> Labio inferior vuelto hacia dentro <input type="checkbox"/> Al/a la bebé no se le ve la lengua <input type="checkbox"/> Las mejillas están tensas o metidas hacia dentro <input type="checkbox"/> Más areola por debajo de la boca del bebé <input type="checkbox"/> Solo succiones rápidas <input type="checkbox"/> Se oyen sonidos secos o chasquidos <p>FINALIZACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La madre retira al/a la bebé del pecho <input type="checkbox"/> El pezón se ve arrugado, apretado o aplastado <input type="checkbox"/> El/la bebé mamó durante menos de 5 minutos <input type="checkbox"/> La madre no deja el pecho a disposición del/de la bebé ni le ofrece el otro <input type="checkbox"/> El/la bebé tiene las manos apretadas o cerca de la cara <input type="checkbox"/> El/la bebé se queja, llora o parece insatisfecho
<p>Tiempo de lactancia _____ minutos</p>	

7. EVALUAR EL BIENESTAR DE LA MADRE/PERSONA CUIDADORA ⁶								
En las dos últimas semanas, ¿ha tenido alguna de las siguientes sensaciones?			<i>(En caso afirmativo) ¿Con qué frecuencia en las dos últimas semanas?</i>					
Sensación de angustia o preocupación incontrolable	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Prácticamente todos los días			
Dificultades para afrontar las tareas cotidianas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Prácticamente todos los días			
Poco interés o satisfacción en hacer cosas que antes le gustaban	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Prácticamente todos los días			
Se siente abatida, deprimida o desesperada	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Prácticamente todos los días			
En una escala de 1 (muy poco apoyada) a 5 (muy apoyada), ¿qué tan apoyada se siente por su familia y sus amistades en el cuidado del bebé?				1	2	3	4	5
¿A quién recurre principalmente para que la apoye, si es que recurre a alguien?								
¿Qué opina su familia de la lactancia materna?								
<p>MEDIDA: SI LA RESPUESTA ES SÍ: A MENUDO / PRÁCTICAMENTE TODOS LOS DÍAS O LA PUNTUACIÓN DE 1 A 3 → HACER UNA EVALUACIÓN DE APOYO PSICOSOCIAL Y PARA LA SALUD MENTAL</p>								

⁶ En lugar de hacerles preguntas, también se puede mostrar a las cuidadoras dibujos y preguntarles cuál refleja mejor su estado de ánimo.

¿Le preocupa el crecimiento y desarrollo del/de la bebé o lo despierto/a que está, en comparación con otros de la misma edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
MEDIDA: SI LA RESPUESTA ES SÍ → REMITIR A LOS SERVICIOS DE SALUD Y DPI		
¿Cómo está usted ahora mismo de salud?		

8. (SI EL/LA NIÑO/A TIENE ENTRE 6 Y 23 MESES) EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA			
¿Quién ayuda o asiste al/a la niño/a para comer?			
¿Cuántas veces comió ayer (nombre) alimentos sólidos, semisólidos o blandos de día o por la noche?	_____ veces		
¿Qué le dio de comer al/a la niño/a ayer de día y por la noche?	ALIMENTO	CANTIDAD (vasos/puñados)	TEXTURA (grueso/fino/ troceado/entero)
Cereales, raíces, tubérculos			
Legumbres y frutos secos			
Productos lácteos (p. ej., leche, yogur, queso)			
Alimentos cárnicos (carne, pescado, aves, hígado u órganos)			
Huevos			
Frutas y verduras ricas en vitamina A			
Otras frutas y verduras			
Comprobar: ¿se toman al menos 4 grupos de alimentos?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Le dio al/a la niño/a micronutrientes en polvo?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué utiliza para alimentar al/a la niño/a con líquidos?	<input type="checkbox"/> Vaso abierto <input type="checkbox"/> Vaso con pico <input type="checkbox"/> Biberón		
¿En qué momentos importantes del día se lava usted las manos con agua y jabón?	<input type="checkbox"/> Antes de hacer la comida <input type="checkbox"/> Antes de comer <input type="checkbox"/> Antes de dar de comer al/a la niño/a		
¿Le lava las manos al/a la niño/a con agua limpia y jabón antes de comer?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha notado que el/la niño/a tenga alguna dificultad al comer?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tose/se atraganta <input type="checkbox"/> Respiración con voz "húmeda" o "gorgoteante" <input type="checkbox"/> Incomodidad <input type="checkbox"/> Lagrimeo <input type="checkbox"/> Cambios de color o en la respiración			
MEDIDA: SI HAY SEÑALES DE UNA POSIBLE ASPIRACIÓN → REMITIR PARA UNA VALORACIÓN PEDIÁTRICA			

9. ANOTAR CUALQUIER FACTOR DE RIESGO CONOCIDO (p. ej., indicado en la remisión)	
Niño/a	<input type="checkbox"/> Prematuro/a <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> Menor de 6 meses con retraso del crecimiento <input type="checkbox"/> Enfermo <input type="checkbox"/> Parto múltiple <input type="checkbox"/> Malnutrido <input type="checkbox"/> Discapacidad que afecta a la alimentación <input type="checkbox"/> Signos de malestar extremo <input type="checkbox"/> Huérfano de madre <input type="checkbox"/> Separado/a o no acompañado/a
Madre o persona cuidadora	<input type="checkbox"/> Malnutrida <input type="checkbox"/> Enferma grave <input type="checkbox"/> Convaleciente de una cesárea o parto difícil <input type="checkbox"/> Discapacidad que afecta a la alimentación Información únicamente a título voluntario: <input type="checkbox"/> Dificultades que requieren apoyo psicosocial y para la salud mental <input type="checkbox"/> Sobreviviente de violencia sexual y de género <input type="checkbox"/> Seropositiva para el VIH <input type="checkbox"/> Madre primeriza <input type="checkbox"/> Madre adolescente
MEDIDA: SI EXISTEN FACTORES DE RIESGO → INSCRIBIR PARA RECIBIR ASESORAMIENTO + REMITIR A LOS SERVICIOS NECESARIOS	

10. ANOTAR CUALQUIER OBSERVACIÓN QUE SE HAGA DURANTE LA EVALUACIÓN			
Calidad de la interacción madre/persona cuidadora-niño/a (abrazar, tocar, contacto visual, hablar, imitar, jugar)	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Buena
Reacción del/de la niño/a ante la estimulación por parte de la madre/persona cuidadora	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Buena
Reacción de la madre/persona cuidadora ante las llamadas de atención y la necesidad de consuelo del niño/a	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Buena
Sensibilización de la madre/persona cuidadora ante los movimientos del niño/a	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Buena
Respuesta de la madre/persona cuidadora cuando debe corregirse al niño/a	<input type="checkbox"/> Mala	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Buena
El/la niño/a mueve los dos brazos y piernas por igual	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
El tono y la postura son normales	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No
¿La madre/persona cuidadora solicitó preparación para lactantes?	<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No

11. MEDIDAS DE ASESORAMIENTO/DECIDIR EL PLAN DE ASISTENCIA			
Posibles problemas:			
Medidas de asesoramiento adoptadas:			
<input type="checkbox"/> Posición y agarre: _____ <input type="checkbox"/> Control del estrés: _____ <input type="checkbox"/> Información transmitida sobre: _____ <input type="checkbox"/> Suministros proporcionados: _____ <input type="checkbox"/> Remisiones efectuadas: salud/nutrición/apoyo psicosocial y para la salud mental/DPI/seguridad alimentaria y medios de subsistencia/WASH/otras: _____ <input type="checkbox"/> Otras: _____			
¿Se necesita más asesoramiento?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDIDA: EN CASO NEGATIVO → REMITIR A OTROS SERVICIOS DE ALNP		<input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo entre iguales <input type="checkbox"/> Otro _____	
Motivo por el que se necesita más asesoramiento (consultar la herramienta de triaje)			
Apoyo que debe proporcionarse			
APOYO Y ASESORAMIENTO BÁSICO		APOYO Y ASESORAMIENTO AVANZADO	
<input type="checkbox"/> Posición y agarre <input type="checkbox"/> Confianza materna <input type="checkbox"/> Extracción de leche <input type="checkbox"/> Alimentación con vaso o cuchara <input type="checkbox"/> Pezones planos o invertidos <input type="checkbox"/> Pezones irritados o lastimados <input type="checkbox"/> Congestión <input type="checkbox"/> Aumento o disminución de la producción de leche <input type="checkbox"/> Atención reparadora o apoyo emocional <input type="checkbox"/> Lactancia a cargo de una nodriza <input type="checkbox"/> Dar el pecho en público o en espacios concurridos <input type="checkbox"/> Dar el pecho por la noche <input type="checkbox"/> Prevención y control de infecciones <input type="checkbox"/> Rechazar donaciones de SLM, biberones o tetinas <input type="checkbox"/> Preparación para una crisis o evacuación <input type="checkbox"/> Fomentar una alimentación adecuada a la edad <input type="checkbox"/> Alimentación complementaria <input type="checkbox"/> Alimentación materna <input type="checkbox"/> Otros aspectos: _____		<input type="checkbox"/> Tratar la mastitis o la candidiasis <input type="checkbox"/> Tratar la anquilosis <input type="checkbox"/> Dar el pecho a lactantes con bajo peso al nacer o prematuros/método de la madre canguro <input type="checkbox"/> Dar el pecho teniendo la madre o el/la niño/a una enfermedad grave <input type="checkbox"/> Dar el pecho con una discapacidad que afecta a la alimentación <input type="checkbox"/> Dar el pecho mientras se sufren problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Relactación <input type="checkbox"/> Inhibir la lactación (por muerte del/de la bebé o nacimiento de un/a mortinato/a) <input type="checkbox"/> Mantener la lactación estando separada del/de la bebé <input type="checkbox"/> Rechazo del pecho <input type="checkbox"/> Otros aspectos: _____	
Fecha de seguimiento:			
Tiempo dedicado hoy:			

Anexo C

ESTRATEGIAS PARA SUPERAR LOS OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN EL ASESORAMIENTO REMOTO SOBRE LACTANCIA MATERNA¹

Posibles problemas	Soluciones posibles
<p>Imposibilidad de verse (asesoramiento telefónico)</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/la asesora no puede obtener información sobre la receptividad, comprensión o bienestar de la persona cuidadora a través de señales no verbales (p. ej., expresión facial, lenguaje corporal) • Es más difícil establecer cercanía (expresiones faciales, contacto visual) • El/la asesor/a no puede reforzar la comunicación no verbal (p. ej., gestos) • El/la asesor/a no puede ver las señales de desnutrición o el estado del lactante, el agarre, la anatomía o la posición • El/la asesor/a no puede ver si hay señales de infección u otras condiciones fisiológicas del pecho • La cuidadora puede tener la impresión de que no se le escucha 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en reforzar las aptitudes de comunicación verbal de los/as asesores/as, por ejemplo, escucha activa, técnicas reflexivas, lenguaje descriptivo, tono de voz, uso de sonidos afirmativos • Enseñar a los/as asesores/as a evaluar el crecimiento y cómo va la lactancia materna sin referencias visuales • Dejar más tiempo para que las cuidadoras adquieran confianza e informen acerca de cuestiones personales o delicadas • Considerar la posibilidad de establecer la conexión a través de un/a trabajador/a social que se encuentre en la comunidad para presentar al/a la asesor/a y favorecer la confianza entre este/a y la cuidadora • Tratar la opción y la viabilidad de utilizar una tecnología que permita transmitir imágenes, como fotografías • Utilizar un enfoque exhaustivo y estructurado para recopilar la información que se obtendría visualmente. Hacer un seguimiento con preguntas aclaratorias para llegar al grado de detalle necesario
<p>Sin presencia física</p> <ul style="list-style-type: none"> • El/la asesor/a no puede recabar información del entorno familiar (p. ej., la higiene) • Es más difícil establecer una relación de confianza y afecto (p. ej., no es posible el contacto o el saludo físico) • No se puede ayudar físicamente a la cuidadora (p. ej., acomodarse, ni hacer una evaluación física) • No se puede pesar al lactante 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en reforzar las aptitudes de los/as asesores/as para establecer una relación (p. ej., escucha activa, interacción verbal, estilos de comunicación y lenguaje adecuados, tono y textura de voz apropiados, respiración) • Formar a los/as asesores/as para que adopten un enfoque “sin tocar”² (p. ej., enseñar la posición correcta utilizando una muñeca o mediante señales verbales) • Dejar más tiempo para que las cuidadoras adquieran confianza e informen acerca de cuestiones personales o delicadas • Formar a los/as asesores/as sobre cómo evaluar la ingesta de los recién nacidos a distancia³
<p>Disponibilidad y acceso a la tecnología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mala calidad o cobertura de la conexión telefónica o a Internet • Es posible que la cuidadora no tenga acceso al teléfono o a la tecnología debido al costo (del dispositivo, de la comunicación o transmisión de datos) o que lo comparta con otras personas 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un teléfono de la comunidad o del/de la trabajador/a sanitario/a de la comunidad • Sufragar el costo de los datos móviles o de Internet de la cuidadora o proporcionar números telefónicos gratuitos • Transmitir imágenes en baja resolución • Acordar un día y una hora en los que la cuidadora pueda utilizar el teléfono o dispositivo • Proporcionar los datos de contacto para que la cuidadora inicie el asesoramiento (asesoramiento dirigido por el usuario) • Informar a la cuidadora de que usted se volverá a conectar o devolverá la llamada si se interrumpe la conexión
<p>Aceptación cultural</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de tecnologías no aceptadas culturalmente • Puede que la cuidadora no tenga teléfono ni disponga de tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar con los/las líderes de la comunidad cuál puede ser la mejor modalidad de asesoramiento a distancia

¹ Adaptado de: OMS y UNICEF (2021). *Implementation Guidance on Counselling to Improve Breastfeeding Practices*.

² Nota: Se trata de una práctica óptima que también se fomenta durante el asesoramiento presencial.

³ Herramienta: <https://abaprofessional.asn.au/assessing-newborn-intake-in-the-context-of-covid-19/>

Posibles problemas	Soluciones posibles
<p>Falta de confidencialidad o privacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cuidadora no puede hablar libremente o no hay privacidad en casa • Miedo a que se escuche información personal o confidencial, o al espionaje o la piratería informática 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicie las sesiones de asesoramiento verificando que a la cuidadora no le incomode recibirlo en ese momento. Si no es el mejor momento, acuerde una fecha y una hora en las que la cuidadora espere tener privacidad y sentirse cómoda • Utilizar un servicio de texto en lugar de voz o vídeo cuando proceda • Utilizar preguntas cerradas (sí/no) para verificar la seguridad y el bienestar de la cuidadora (p. ej., si se sospecha de violencia contra mujeres y niñas) • Proteger la confidencialidad en los grupos en línea, p. ej., sin transmitir información cuando no se tenga el consentimiento • Utilizar servicios de comunicación cifrados de extremo a extremo • Comprobar que los servicios de asesoramiento a distancia cumplan las políticas, leyes y reglamentos de protección de datos
<p>Distracciones y responsabilidades en el hogar</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cuidadora puede tener que ocuparse de las tareas domésticas o del cuidado de niños/as durante las horas en que se presta el servicio de asesoramiento • Los/as niños/as y otros/as familiares pueden distraer a la cuidadora en el hogar 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar mensajes de texto en lugar de voz o vídeo para que la cuidadora pueda responder cuando le resulte más práctico • Utilizar horarios flexibles para poder devolver las llamadas a horas convenientes • Cerciorarse de que la cuidadora ha entendido bien el asesoramiento • Hacer un seguimiento frecuente y reforzar el asesoramiento mediante el seguimiento con materiales de información, educación y comunicación
<p>Capacidad de la cuidadora para utilizar la tecnología</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es posible que la cuidadora prácticamente no tenga experiencia en el uso de la tecnología • La cuidadora puede tener un bajo nivel de alfabetización 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar voz o imágenes en lugar de texto • Implicar a los/as trabajadores/as sanitarios/as comunitarios/as en la organización de sesiones de asesoramiento a distancia

Para obtener más información sobre el asesoramiento a distancia, consúltese: Save the Children, IFE Core Group, ENN, USAID, Acción Contra el Hambre Estados Unidos de América, PATH, SafelyFed Canada (2021). Directrices prácticas para dirigir y apoyar la alimentación del lactante y del/de la niño/a pequeño/a: asesoramiento electrónico telefónico contemplando aspectos de la planificación y la aplicación. www.iycfehub.org/document/practical-guidelines-for-conducting-and-supporting-infant-and-young-child-feeding-e-counselling-via-telephone-with-considerations-for-planning-and-implementation



Una trabajadora sanitaria comunitaria asesora a una mujer lactante utilizando material gráfico durante una visita domiciliaria.

ACTION AGAINST HUNGER/KHAULA JAMIL



ENN

2nd Floor, Marlborough House, 69 High Street, Kidlington, Oxfordshire, OX5 2DN

Tel.: +44 (0)1865 372340 | office@enonline.net | www.enonline.net